

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

n°

990

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean Pierre CHAUFOUR

né le 21 Juillet 1930, à Etalans (Doubs)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES SIGMOÏDITES COMPLIQUÉES

ET LEUR TRAITEMENT

(A propos de 20 Observations)

Président : Mr. F. POILLEUX, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean Pierre CHAUFOUR

né le 21 Juillet 1930, à Etalans (Doubs)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES SIGMOÏDITES COMPLIQUÉES

ET LEUR TRAITEMENT

(A propos de 20 Observations)

Président : Mr. F. POILLEUX, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean Pierre CHAUFOUR

né le 21 Juillet 1930, à Etalans (Doubs)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES SIGMOIDITES COMPLIQUÉES

ET LEUR TRAITEMENT

(A propos de 20 Observations)

Président : Mr. F. POILLEUX, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS.V^e

Année 1883

THÈSE

1883

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean Pierre CHAUDRON

né le 21 juillet 1850, à Hénin (Doubs)

Présentée et soutenue publiquement le :



LES SIGNES DE LA COMPTES

ET LEUR TRAITEMENT

(A propos de 33 observations)

Président : M. E. BOILLAUD, Professeur

ÉDITIONS A. C. H. E. P. 5, RUE D'AMÉRIQUE, PARIS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutailles (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Jean VERNE
2^e ASSESSEUR } Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNÉ (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	LORTAT-JACOB (J.-L.)
{ Beaujon	LEGER (L.)
{ Cochin	PATEL (J.)
{ Hôtel-Dieu	CORDIER (G.)
{ Pitié	GOSSET (J.)
{ Saint-Antoine	SICARD (A.)
{ Salpêtrière	OLIVIER (G.)
{ Tenon	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales	SOULIÉ (P.)
{ Boucicaut	JUSTIN-BESANÇON (L.)
{ Broussais	BROUET (G.)
{ Cochin	BARIÉTY (M.)
{ Cochin	SÈZE (S. de)
{ Hôtel-Dieu	DREYFUS (G.)
{ Lariboisière	KOURILSKY (R.)
{ Pitié	DEBRAY (C.)
{ Saint-Antoine	GENNES (L. de)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEROT (M.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DAVID (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	GARCIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	LACOMME (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	MERGER (R.)
Cliniques obstétricales	VARANGOT (J.)
{ Baudelocque	RENARD (G.)
{ Foch (Suresnes)	AUBRY (M.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LELONG (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MARIE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	BERNARD (E.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	MICHAUX (L.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	COSTE (F.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	DECHAUME (M.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	ROUX (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	LEMAIRE (A.)
Clinique stomatologique (Pitié)	GAULTIER (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	PADOVANI (P.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DOMART (A.)
Clinique toxicologique	POILLEUX (F.)
Clinique traumatologique	COUVELAIRE (R.)
Sémiologie médicale	TURPIN (R.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine

{ BOUÉ (H.)
LHERMITTE (F.)
PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) BUSSET (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUEH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DERGERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pathologie médicale	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACHI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pédiatrie-Puériculture	

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) COUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie		Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pneumo phthisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{re} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
		Urologie	AUVERT (J.) MOULONQUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) ANFLINE (A.), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (G.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)	
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma femme ,

qui fut aussi ma condisciple, et dont les
sacrifices ont largement contribué à l'achè-
vement de mes études.

A mes enfants.

A mes Parents,

pour lesquels, cette Thèse, sera je le pense
une compensation pour toutes les peines qu'ils
ont eues.

A mes Beaux-Parents, à ma Tante,

pour tout l'affectueux soutien qu'ils m'ont
apporté.

A mon Frère,

A toute ma Famille.

A Monsieur le Professeur F. POILLEUX

Professeur de Séméiologie et Clinique Chirurgicales
à la Faculté.

Chirurgien de l'Hôpital Broussais

Chevalier de la Légion d'Honneur.

qui a bien voulu accepter la Présidence de
cette thèse.

A Monsieur le Docteur CHABRUT

Membre de l'Académie de Chirurgie,

Chirurgien-Chef de l'Hôpital Chirurgical de Juvisy

qui m'a conseillé et aidé dans ce
travail et dont la ferme bonté m'a appris
à aimer la chirurgie.

A Monsieur le Docteur SARI

Chirurgien Assistant de l'Hôpital de Juvisy
Croix de Guerre 1939-45

Son autorité amicale, m'a été souvent
précieuse.

A Monsieur le Docteur Claude BARRE,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté

qui fut mon Conférencier et qui a éveillé
en moi, l'attachement pour le malade et pour
la Médecine.

A mes Camarades de l'Internat de JUVISY

A tous mes Amis.

I N T R O D U C T I O N

Bien souvent méconnues, les SIGMOÏDITES sont encore à l'origine de "surprises chirurgicales".

Soit qu'un incident évolutif vienne compliquer une "colite" mal précisée et oriente vers une solution opératoire ;

soit qu'au contraire, on ait évoqué un diagnostic plus courant, mais de pronostic plus sombre, et, que l'on soit rassuré rapidement par le caractère purement inflammatoire des lésions.

Ces deux images extrêmes donnent une idée de la complexité relative des aspects revêtus par les sigmoïdites : les observations que nous présentons en illustreront quelques unes parmi les plus fréquentes.

Connues depuis 1893 grâce à MAYOR, elles ont fait l'objet de nombreux travaux parmi lesquels il faut citer :

- le rapport de PATEL de Lyon en 1913
- en 1932, les travaux de BENSAUDE
- en 1942, l'ouvrage de MM. PRAT - PRAT et PASCHETTA
- l'étude de SENEQUE et CREPY en 1950

Tous ces travaux ont contribué à limiter et à donner un sens de plus en plus précis aux sigmoïdites.

DEFINITION

C'est une affection inflammatoire de l'S iliaque, prenant naissance dans le sigmoïde lui-même et s'accompagnant très souvent d'un retentissement péritonéal, désigné sous le terme de péri-sigmoïdite.

Cette définition élimine ainsi les affections venant du voisinage:

- les péri-colites pelviennes d'origine génitale chez la femme,
- les réactions inflammatoires péri-appendiculaires
- les infections et nécroses des viscères abdominaux
- les ligatures épiploïques
- corps étrangers abdominaux
- les tumeurs inflammatoires post-radiothérapiques.

On éliminera aussi les affections coliques typiques comme la recto-colite hémorragique.

Enfin, il faut donner un sens plus restreint encore aux sigmoïdites, en éliminant les affections inflammatoires ou infectieuses à germes spécifiques, d'ailleurs beaucoup plus rares, et parmi lesquelles nous citerons:

- la tuberculose
- la syphilis
- l'amibiase qui n'a pratiquement jamais de localisation sigmoïdienne pure

- les granulômes de la maladie de NICOLAS FAVRE toujours associés à une localisation rectale.

Donc , affection de l'S iliaque à point de départ sigmoïdien, inflammatoire, non spécifique , ni par les lésions, ni par les germes que l'on peut trouver, la sigmoïdite est d'étiologie diverse et de pathogénie controversée.

oOo

ETIOLOGIE

C'est une affection de la cinquantaine, et, la moyenne d'âge de nos vingt observations est de 56 ans. Cependant elle n'est pas exceptionnelle chez le vieillard (nous avons un cas de 82 ans), ni chez l'adulte jeune (une observation chez un homme de 22 ans).

Certains auteurs ont même publié des observations de sigmoïdites infantiles .

Si la plupart des statistiques s'entendent pour reconnaître une fréquence sensiblement plus grande chez l'homme (65%) nous apportons quant à nous , 11 observations chez la femme contre 9 chez l'homme.

P A T H O G E N I E

Il est nécessaire de retracer en quelques lignes, le caractère très particulier du sigmoïde, tant du point de vue anatomique, que physiologique, pour comprendre la genèse de ces états inflammatoires strictement localisés à l'S iliaque.

Faisant suite au côlon pelvien, décrivant une anse au niveau du détroit supérieur, plus ou moins long (en moyenne 40 cm.), un des segments les plus mobiles du côlon. Il répond en avant à la vessie, à l'utérus et aux ligaments larges, en arrière au péritoine postérieur et aux vaisseaux iliaques externes qu'il croise.

Bien vascularisé par les arcades venant de l'artère sigmoïde dont les vaisseaux droits ne s'anastomosent que faiblement.

Il présente les caractères histologiques du côlon en général :
muqueuse, sous-muqueuse

musculaire avec ses fibres longitudinales groupées en trois puis deux bandelettes et sa couche circulaire encore plus épaisse à ce niveau et augmentant encore en approchant du rectum.

Son rôle est triple :

1 - Comme tout le colôn, il est un lieu d'épuration des derniers résidus. C'est à son niveau que la déshydratation des matières s'achève et semble la plus importante.

2 - Réservoir : il semble évident que le volume et la consistance de ces matières fécales déshydratées, plus ou moins modelables peuvent modifier à la longue, la structure des parois.

Ce rôle de réservoir est de plus complété par le renforcement et l'entrecroisement des fibres musculaires, au niveau du sommet de l'anse et au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne, où l'on trouve le sphincter de MOUTIER.

3 - Enfin, c'est le lieu actif de la défécation, qui est essentiellement une "ponte sigmoïdienne" (MOUTIER), pendant laquelle l'invagination du côlon poussant les matières vers le bas et l'ouverture des sphincters sigmoïdiens sont les temps primordiaux de la défécation.

Le rectum n'étant selon MOUTIER "qu'un couloir élastique dont la contractilité doit jouer un rôle faible, tellement est forte la poussée sigmoïdienne, aidée par la tension abdomino-périnéale".

Ces fonctions expliquent que l'on ait pu dire que "les constipations sont avant tout sigmoïdiennes" et, l'on sait la fréquence de ce trouble fonctionnel auquel on a attribué des conséquences générales nombreuses et un peu disparates.

Disfonctionnement parfois mal interprété, ou au contraire, méconnu par le malade lui-même, la constipation provient souvent de mauvaises habitudes remontant à la première éducation, et, aboutissant à une perte de la sensibilité du sigmoïde inférieur.

Localement, se produit d'une façon chronique, une stase de matières desséchées, dures, irritant la muqueuse. Celle-ci devient le siège d'une colite localisée ; le tableau clinique devient parfois trompeur associant : une constipation avec émission irrégulière de selles dures et sèches, à une fausse diarrhée faite de matières réhydratées par une hyper-sécrétion de la muqueuse et une putréfaction.

Cette stagnation peut donc à elle seule provoquer un remaniement inflammatoire de la muqueuse colique. On conçoit qu'une anomalie comme un dolicho ou un méga-sigmoïde, puisse favoriser ce mécanisme.

Or, il semble que ces malformations assez répandues soient accessoires dans la genèse des sigmoïdites.

A l'opposé, la majorité de ces affections semble liée à une autre anomalie de la paroi colique, de faibles dimensions, mais retrouvée en plusieurs points: le diverticule.

LE D I V E R T I C U L E

La présence du diverticules aurait déjà été signalée par MORGAGNI; mais, c'est CRUVEILHIER en 1849, qui le premier en a fait une description précise et prévu son rôle pathogénique.

D'autres auteurs les ont étudiés et ont de plus en plus lié les diverticules et les sigmoïdites.

SIDNEY JONES (1858 - JABOULAY (1898)

GRASER en Allemagne où l'affection a gardé son nom.

PATEL en 1913

BENSAUDE, CAIN, HILLEMAND en 1932

PRAT, PRAT, PASCHETTA en 1942.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

"Petites saillies arrondies bosselant l'intestin " (PATEL)
de forme arrondie, piriforme, soit simple bosselure, ou, au contraire, petite tumeur sessile, avec un pédicule bien individualisé, réalisant au maximum, un véritable appendice. Il est parfois même segmenté en grappe de raisin ou en chou-fleur.

De couleur variable, il est le plus souvent une simple dilatation palpable, mais, ne tranchant pas sur l'ensemble. Parfois, il a une surface bleutée, noirâtre.

Réductibles, mais contenant souvent des boulettes fécales dures : les coprolithes.

Sur l'intestin ouvert, on reconnaît parfois les petites dépressions, sans que l'on voit de modification muqueuse. Dans les formes pédiculées, la communication avec la lumière intestinale est large et bien visible, ou au contraire, cachée par un repli de la muqueuse ou par un bouchon de mucus, ou enfin obturée par une réaction inflammatoire.

Plus ou moins nombreux, on en trouve rarement une centaine comme dans l'observation de CRUVEILHIER mais, vingt à trente en moyenne.

Il est loin d'être exceptionnel d'en trouver sur d'autres segments coliques. Ils prédominent néanmoins sur l'S iliaque: leur nombre diminuant quand on s'en éloigne en amont. On ne les trouve jamais sur l'ampoule rectale, et, surtout en aucun cas en dessous de la réflexion du péritoine.

Sur le côlon, ils siègent électivement sur la ligne d'insertion du mésocôlon, au voisinage des artères coliques (de leur point de pénétration). Ils se développent même dans l'épaisseur du méso. On les trouve d'autre part, dans les franges graisseuses, et, dans les gouttières longeant les bandellettes. Ils ne sont cependant jamais dans ces dernières.

Histologiquement, la muqueuse est normale avec une discrète atrophie des glandes de LIEBERKUHN. La muscularis mucosae est indemne. La musculature par contre, est amincie, dilacérée, surtout au sommet du diverticule. Au niveau du pédicule, elle peut être hypertrophiée et le siège d'une réaction oedémateuse ou fibreuse.

Il s'agit donc d'une évagination de la muqueuse : une "hernie tuniquaire" selon la définition de CRUVEILHIER.

ETIOLOGIE :

Très difficile à apprécier, la fréquence des diverticuloses, est certainement non négligeable. Le chiffre de 5,6 pour cent chez les sujets

de plus de quarante ans semble statistiquement vraisemblable (statistique de RANKIN et BROWN).

Découverte aux alentours de la cinquantaine, il est certain que la multiplication des examens radiologiques fera baisser l'âge moyen. Par ailleurs, les quelques cas de diverticulose anatomique peut précéder de longue date les manifestations cliniques.

Les diverticules semblent atteindre plus souvent l'homme que la femme (61% d'après MAYO), bien que nos observations montrent une prédominance inverse et que la monographie de PRAT cite 34 cas masculins pour 32 féminins.

L'affection semble atteindre avec prédilection les obèses, les citadins, les sédentaires.

Enfin , une meilleure connaissance de la maladie, des investigations toujours plus précises, semblent amenuiser la disproportion toujours plus nette en faveur des pays anglo-saxons. On ne saurait négliger non plus dans cet esprit, l'unification du mode et de l'hygiène de vie qui se fait entre ces pays et nos régions.

PATHOGENIE :

Le mécanisme de formation des diverticuloses est encore controversé. Nous ne citerons que pour mémoire la thèse glandulaire (ZIELGEN 1896); mais nous ne croyons pas que l'absence de diverticule chez le nouveau-nés, puisse faire abandonner l'idée d'une malformation congénitale : on peut retenir l'idée d'une anomalie de la paroi colique, microscopique à l'origine, s'extériorisant progressivement.

L'hypothèse d'une déformation mécanique est le plus souvent invoquée actuellement, opposant les mécanismes de traction et de pulsion.

Les diverticules par traction, dus à une péri-sigmoïdite initiale, sortent, s'ils existent, du cadre de notre étude. Notons par ailleurs, que l'on ne trouve pas de description de bride étirant la paroi colique.

Les diverticules par pulsion semblent les plus proches du vrai mécanisme :

D'une part, la hernie peut être préparée par une faiblesse en un point, soit congénitale, soit anatomique (points d'arrivée des vaisseaux droits comme le pensaient ANSEMAN et GRASER ; soit faiblesse acquise enfin : atrophie sénile ou amaigrissement subit d'un obèse.

D'autre part et surtout, le fait déterminant semble être l'augmentation de la pression intestinale réalisée par la constipation chronique. Cette dernière entraîne des réactions réflexes qui exagèrent encore la pression : aéro-colie, hyperpéristaltisme, l'ensemble étant entretenu par un déséquilibre alimentaire.

Quelle que soit leur origine, l'étude des diverticules permet de concevoir comme CRUVEILHIER,

" que ces petites cellules muqueuses que l'on peut comparer à celles de la vessie, puissent être irritées par la présence de matières fécales, et, devenir le siège d'inflammations et de perforations".

C'est en effet des complications que nous avons retrouvées dans les observations de sigmoïdite, et la présence quasi-constante de diverticules, confirme l'origine diverticulaire en général de l'affection.

Nous reprendrons donc, les différentes formes chirurgicales de ces complications, après avoir rappelé rapidement le tableau clinique et l'évolution des diverticuloses.

D I V E R T I C U L O S E

De diagnostic difficile, mais non impossible, la diverticulose mérite d'être évoquée plus souvent :

Le sujet consulte pour des troubles fonctionnels apparus depuis un temps assez long .

Simple troubles du transit au début, négligés ou traités par des laxatifs plus ou moins irritants. Cette constipation s'accompagne de douleurs variables dans le temps et dans leur intensité : véritables points douloureux à certains moments, contrastant avec une pesanteur abdominale permanente. Ces douleurs se calment fréquemment après la défécation ou l'émission de gaz. Quelle que soit leur importance, leur localisation dans la fosse iliaque gauche avec irradiations vers le pelvis, constitue un élément très important.

Pour RACHET et DEBRAY, un signe de grande valeur, serait l'émission, immédiatement après le lever, de selles dures, fragmentées, émises en quatre à cinq fois pendant une à deux heures et dont le volume total n'excède pas une selle normale.

La palpation peut montrer un côlon gauche spasmodique et légèrement sensible. Le toucher rectal peut réveiller cette sensibilité à gauche.

Cette douleur de la fosse iliaque gauche et la constipation, cons-

tituent bien souvent, les seuls éléments cliniques de cette période. On note l'absence de retentissement général : le poids et l'appétit sont conservés. Et, il est rare que quelques selles glaireuses ou hémorragiques viennent provoquer des investigations plus approfondies.

La radiographie pourtant, peut affirmer l'origine de ces troubles fonctionnels. Le repas baryté, parfois employé, peut mettre en évidence les diverticules ; cependant, l'examen de choix est le lavement opaque, sous diverses incidences, sous réplétion, après évacuation et même avec insufflation. Cette dernière devant être conduite prudemment pour éviter la perforation d'un diverticule déjà fragile.

Les clichés montrent une série d'images arrondies ou ovalaires : simples saillies régulières des bords du colon, ou, petites saillies bien opacifiées, de la taille d'un pois ou d'une noisette, à faible distance de la paroi, et reliées à celle-ci par un grêle pédicule.

Parfois le centre des diverticules semble moins opaque, moins homogène, témoignant de la présence d'un coprolithe à l'intérieur.

Fait capital : alors que l'âge du malade et les signes fonctionnels peuvent suggérer une néoformation, l'examen de l'intestin environnant montre qu'il est spasmé (accentuation des haustrations), mais que la muqueuse est saine, comme l'atteste la conservation du liseré de sécurité.

Le traitement est très important, car il est une prophylaxie des complications. Il visera à éviter la constipation par quelques conseils simples d'hygiène : élimination des aliments irritants favorisant les fermentations et les putréfactions ou laissant de gros déchets (fruits à pépins ou akènes, légumes verts à grosses tiges) tout en conservant un apport assez important en cellulose.

La régularité des exonérations sera assurée par des laxatifs doux : mucilage, huile de paraffine, à l'exclusion des lavements parfois dangereux.

On y adjoindra des cures régulières par prises matinales de sous nitrate de bismuth léger en assez grande quantité (15 à 20 grammes par jour).

Enfin les antispasmodiques, notamment belladonnés, viseront à éviter au maximum les spasmes intestinaux.

L'étude des signes typiques, montre qu'il est possible d'identifier la diverticulose. Il est cependant des formes prenant un autre aspect : ainsi, les hémorragies de sang rouge, non exceptionnelles; peuvent égarer le diagnostic. Leur caractère inquiétant, entraîne à lui seul, des investigations complètes, aboutissant à la découverte de diverticules.

Ce sont par contre les formes les plus simples qui devraient retenir l'attention :

on a pu dire que "tout sujet atteint de diverticulose est un malade qui s'ignore" (PRAT); et une bonne connaissance de l'affection permet :

- d'instituer un traitement évitant une aggravation secondaire,
 - au cours des complications, si aiguës soient elles, l'anamnèse relatant des antécédents lointains de douleurs de la fosse iliaque gauche et de constipation, permettra, en évoquant la véritable étiologie, d'orienter la thérapeutique.
-

C'est cependant la phase suivante, inflammatoire, qui par son acuité, fait le plus souvent poser le problème de l'étiologie diverticulaire.

D I V E R T I C U L I T E S

Cette poussée inflammatoire est la conséquence de modifications locales dont le point de départ est le phénomène de l'enclavement d'un fécalôme, toujours septique, dans un diverticule , entraînant progressivement une ulcération de la muqueuse et un oedème qui ferme l'orifice du pédicule.

Ces modifications créent toutes les conditions de suppuration en vase clos : classique origine des appendicites aiguës depuis DIEULAFOY. On comprend que les analogies entre ces dernières et les diverticulites ne sont pas fortuites.

La diverticulite peut survenir inopinément, mais fréquemment, le malade signale un facteur déclenchant. Ce peut être un excès alimentaire, un surmenage physique, un voyage, un effort violent, voire même un traumatisme (PRAT rapporte le cas d'une poussée aiguë déclenchée par un traumatisme abdominal à la suite d'un accident de voiture). Souvent aussi, on retrouve à l'origine une thérapeutique intempestive : purgation massive, lavement surtout.

D'installation progressive, la diverticulite est en général annoncée par des prodromes , simples accentuation des troubles accusés par le malade depuis des années : constipation, dyschésie .

En quelques heures, le tableau clinique est complet. Un signe fonctionnel prédomine :

la douleur ilio-pelvienne gauche, soit très précise , en dessous et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Soit, de siège nettement pelvien , mais toujours du côté gauche. Cette douleur a une intensité variable : impression caractéristique de pesanteur abdomino-pelvienne gauche très gênante ; parfois, c'est une douleur violente, insupportable , continue, irradiant vers les organes génitaux externes. Le plus souvent, ces deux extrêmes s'intriquent : des paroxysmes se greffant sur un fond continu.

Cette douleur à gauche s'accompagne d'un état nauséux et d'une constipation parfois remplacée par une diarrhée peu abondante de selles glai-reuses avec décharges purulentes. Plus rarement, surviennent quelques hémor-ragies de sang rouge, d'ailleurs toujours minimes, et, ne précédant ni ne suivant les selles. Parfois enfin , elle s'accompagne de signes urinaires : dysurie, pollakiurie, ténésme.

L'anorexie, l'amaigrissement, témoignent du retentissement général de la maladie.

La fièvre est modérée : 38°, 38°5 continue ou avec des clochers à 39°.

La palpation de l'abdomen montre une fosse iliaque gauche doulou-reuse, avec, au maximum, perception d'une masse boudinée, rigide, régulière, que l'on peut suivre jusqu'à dans la cavité pelvienne. Cette masse est peu mobile, surtout dans le sens transversal et s'accompagne d'une réaction pariétale : défense localisée à gauche , sans contracture.

Le toucher rectal, fortement appuyé, en faisant pousser le malade, peut percevoir une anse sigmoïde indurée et sensible ; mais, il réveille une douleur vive dans la fosse iliaque gauche par la palpation bimanuelle.

Le toucher vaginal montre l'intégrité des annexes gauches, des culs de sacs libres avec parfois, un discret empatement du DOUGLAS.

Le laboratoire révèle une leucocytose nette avec polynucléose, anémie modérée. Les urines sont claires, amicrobiennes.

L'examen capital est là encore, la radiographie : lavement baryté à l'exclusion de toute insufflation.

Il peut mettre en évidence l'image, modifiée par l'inflammation, d'un diverticule : tronqué, ayant perdu sa forme arrondie et régulière, son sommet est déprimé en cupule à bords déchiquetés. Parfois même, seul le pédicule est opacifié, plus ou moins régulièrement, donnant une image en flammèche. L'extension du processus inflammatoire à l'intestin voisin, se manifeste par une irrégularité des bords (images en piles d'assiettes), des spasmes coliques nombreux, ou, au contraire, une certaine atonie. Enfin, on note la coexistence de diverticules typiques : arrondis et réguliers.

Cette description schématique masque un peu les différences existant entre les formes extrêmes de l'affection.

Ainsi, il est classique d'opposer la diverticulite inflammatoire simple, relativement atténuée, aux diverticulites phlegmoniques, où l'inflammation déborde largement la muqueuse et la sous-muqueuse, et s'étend sur l'ensemble du sigmoïde. C'est au cours de ces dernières : "sigmoïdites vraies" que tous les signes prennent un aspect inquiétant par la douleur vive, la fièvre, la défense abdominale, les hausées voire même les vomissements ; aspect abérrant aussi parfois par l'intensité des signes urinaires.

Quelle que soit leur intensité, ces diverticulites réclament un traitement anti-infectieux : diète absolue, repos complet, glace sur le ventre, sulfamides intestinaux, antibiotiques.

Sous l'influence de ce traitement, on assiste à une amélioration : soit rapide, avec une débâcle diarrhéique et une déffervescence thermique,

soit plus lente, en plusieurs jours ou semaines, avec des rémissions partielles des signes fonctionnels, toujours parallèles aux rémissions des signes généraux.

Cette évolution doit être surveillée par des examens cliniques fréquents, l'étude de la courbe thermique, des numérations et formules sanguines. Le traitement doit être prolongé suffisamment et cessé progressivement car les rechutes ne sont pas rares. On contrôlera par un lavement baryté, de à trois mois après la fin de la maladie, la disparition des réactions inflammatoires.

Néanmoins, dans un nombre non négligeable de cas, même correctement et longtemps traités, la cédation n'est que partielle, l'état général reste toujours altéré, les signes cliniques ne disparaissent pas complètement. C'est dans ces formes, que l'on doit craindre la formation d'un abcès péri-sigmoïdien, ou d'une autre complication à évolution lente de la maladie.

Dans d'autres cas, après une phase de diverticulite souvent brève, une complication domine la scène par son caractère alarmant : perforations, occlusions, fistules.

Tous ces aspects qui ne sont pas rares, puisqu'ils compliquent 10 à 15% des diverticuloses, posent un problème chirurgical qui sera résolu avec une efficacité d'autant plus grande, que l'on aura su évoquer l'étiologie diverticulaire avant l'intervention.

Nous allons, à propos d'observations recueillies dans le Service du Docteur CHABRUT à l'Hôpital Chirurgical de Juvisy, étudier ces complications et, nous essaierons, pour chacune d'elles de schématiser les thérapeutiques chirurgicales qu'elles impliquent.

PERFORATIONS EN PÉRITOINE LIBRE

Survenant le plus souvent inopinément, la brutalité de leur apparition, réalisant le tableau classique d'une perforation d'un viscère creux et septique, leur rareté relative enfin, font que leur diagnostic étiologique est presque toujours per-opératoire.

Brutalement, le malade a ressenti une douleur vive, parfois atroce, dans la fosse iliaque gauche au début, se généralisant presque instantanément à tout l'abdomen, avec une prédominance marquée dans la partie sous-ombilicale.

L'état général est rapidement sévère, et dès le premier examen, on est frappé par l'aspect algide du sujet :

prostré ou agité, son faciès anxieux, son teint plombé, le pouls petit et rapide, évoquent un état de choc.

Mais outre la douleur toujours aussi intense, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, attirent l'attention vers une urgence digestive.

L'abdomen, immobile, est plus souvent ballonné que rétracté. La palpation révèle une contracture très marquée, généralisée, prédominant dans la fosse iliaque gauche, mais souvent très nette dans la fosse iliaque droite et dans l'hypogastre.

On note parfois la disparition de la matité pré-hépatique, et un tympanisme plus ou moins généralisé.

Les signes généraux sont intenses : le pouls rapide et mal frappé, la température élevée à 39 ou 40, la tension artérielle basse.

Au toucher rectal, le cul de sac de DOUGLAS est empâté ou tendu et douloureux.

La radiographie de l'abdomen sans préparation, souvent difficile à faire chez ce malade choqué, peut montrer un croissant clair, hypophrénique.

Il est utile de compléter l'examen par des dosages biologiques ; numération formule sanguine, hémocrite , groupe sanguin, ionogramme, protidogramme, qui guideront la réanimation per et post -opératoire.

Il est rare que l'examen ait conduit au vrai diagnostic; et c'est en général la perforation appendiculaire qui est évoquée. Cependant, l'âge du sujet, les antécédents connus ou recherchés par l'interrogatoire de diverticulose, les prodrômes parfois retrouvés signant une diverticulite pourraient y faire penser. Mais, ce sont surtout : l'intensité des signes, leur début et leur localisation maximum à gauche, avec des signes occlusifs pratiquement constants et des signes urinaires, qui devraient orienter.

Quoiqu'il en soit , l'intervention s'impose : et dès l'ouverture du péritoine, l'écoulement d'un pus malodorant, mêlé de matières fécales peut guider vers le sigmoïde. Cependant, ce n'est qu'après avoir constaté l'absence des lésions attendues dans les perforations habituelles, que l'on examine systématiquement le colon.

L'S iliaque apparaît tuméfié, épaissi, rouge , couvert de fausses membranes et présentant quelques plages cyanotiques ou noirâtres parmi lesquelles on peut trouver la perforation.

Bien souvent, c'est dans un diverticule qu'il faut la chercher : ceux-ci sont nombreux (une vingtaine environ sur tout le sigmoïde), les uns normaux, d'autres d'aspect inflammatoire, d'autres enfin, smples petites élevures noirâtres sphacéliques, au milieu d'une zone oedématisée et couverte de fausses membranes.

La perforation est parfois évidente : béante et laissant échapper des gaz et des matières. Parfois, il faut la rechercher derrière une frange épiloïque, ou dans des adhérences colo-vésicales (Obs. n° I4 PET.), ou même sous la trompe gauche venue obturer partiellement l'orifice (obs. N° IO JOL) .

TRAITEMENT

La perforation survient toujours sur un sigmoïde inflammatoire , cette inflammation généralisée à la plus grande partie de ce segment colique contre-indique la simple suture de l'orifice qui est le plus souvent impraticable.

La technique la plus satisfaisante, serait l'extériorisation du segment perforé (obs. N° I3 DES), mais elle est bien souvent rendue difficile par les adhérences nombreuses à tous les organes de voisinage et la difficulté de mobiliser un sigmoïde rattaché à la paroi postérieure par un méso court, épais et scléreux.

Il est de même pratiquement impossible de faire une résection avec rétablissement immédiat de la continuité : l'intervention assez sérieuse pour un malade dont l'état général est précaire, est techniquement difficile pour les raisons évoquée précédemment. D'autre part, et surtout, l'anastomose termino-terminale, difficile à réaliser dans ce tissu inflammatoire, peut manquer de solidité.

Par contre, il est des cas où la résection immédiate est possible. Il semble alors plus prudent de faire une ablation sans rétablissement immé-

diat de la continuité , du type opération de HARTMANN (obs. n° 10 JOL.)

Quoiqu'il en soit, l'isolement de la zone perforée, un drainage soigneux, sont essentiels lorsque la résection est impossible. Ces précautions doivent être complétées par une dérivation colique par un anas iliaque ou transverse sur baguette de verre.

Isolement de la perforation et anus contre-nature , constituent le traitement immédiat le plus fréquemment possible (obs. N° 14 PET et N° 19 MEN). Il nécessite comme les autres méthodes, une antibiothérapie massive : in situ et par voie générale (c'est une affection hyperseptique), une surveillance et une correction de l'équilibre biologique, une aspiration continue pendant quelques jours.

On attendra le refroidissement de l'inflammation colique la reprise de l'état général, pour faire une colectomie, et dans le même temps, un rétablissement de la continuité.

Sur les quatre perforations en péritoine libre qui ont été observées dans le Service, deux ont été traitées selon cette méthode (Obs. N° 14 PET, et N° 19 MEN).

Une malade a pu bénéficier d'une résection immédiate avec rétablissement secondaire de la continuité quatre mois plus tard (Obs. N° 10 JOL.).

Ces trois cas ont abouti à une guérison durable.

Par contre, une extériorisation de la perforation gangréneuse avec MIKULICZ, chez un sujet âgé, arythmique, opéré deux jours après le début et ayant eu, par surcroît un lavement au commencement des troubles, a été suivie de mort dans les jours suivant l'intervention (Obs. N° 13 DES..).

Il faut noter enfin , que la responsabilité du diverticule a pu être affirmée dans trois de ces cas de perforation en péritoine libre.

PERFORATIONS COUVERTES ET PERITONITES PELVIENNES

Nous avons quatre observations de sigmoïdites perforées et bouchées. Leur diagnostic est cliniquement très difficile, et, si le tableau clinique ne revêt pas l'intensité dramatique des perforations en péritoine libre, il impose cependant, par son accentuation progressive et discontinue, et notamment, l'aggravation des signes généraux, l'intervention.

Cliniquement, il ne semble pas possible de faire une description typique : la douleur est d'apparition relativement brutale, siégeant dans l'hypogastre ou la fosse iliaque gauche, assez intense, s'atténuant parfois, pour devenir plus sourde avec quelques paroxysmes.

Elle s'accompagne rapidement de troubles digestifs : vomissements, arrêt relatif des matières et des gaz. L'état général est altéré : fièvre souvent élevée à 39, avec quelques oscillations inquiétantes.

Les examens cliniques successifs montrent l'importance et l'accentuation progressive de ces signes généraux : teint grisâtre, faciès amaigri et contracté.

Le ventre est plat ou ballonné légèrement, respirant faiblement, avec une contracture localisée dans la fosse iliaque gauche et parfois, sensation d'un empâtement diffus.

Le toucher rectal peut montrer un cul de sac de DOUGLAS légèrement sensible et percevoir à bout de doigt ou à travers le tectum, une tuméfaction sur le sigmoïde.

La formule sanguine révèle une leucocytose élevée avec polynucléose.

Tous ces signes n'ont rien de caractéristique, et il faudrait être orienté par une anamnèse précise pour évoquer une sigmoïdite compliquée. D'autant que la radiologie est de peu d'utilité : l'abdomen sans préparation pouvant au plus montrer une aérocolie peu évocatrice et le lavement baryté étant trop dangereux pour être pratiqué.

Bien souvent de plus, ce sont des signes d'emprunt qui conduisent à l'intervention :

- soit que les signes occlusifs l'emportent et que l'on intervienne pour une occlusion ;
- soit que les signes urinaires, qui accompagnent nous l'avons vu toutes les sigmoïdites, fassent penser à une affection urinaire.

C'est ainsi qu'un des malades que nous citerons a été hospitalisé pour une rétention d'urines, avec antécédents lointains de pollakiurie diurne et nocturne : la discrétion de l'adénome prostatique, l'absence d'altérations de l'arbre urinaire aux examens urographiques et uréthro-cystoscopiques, n'expliquaient pas les troubles urinaire (à noter cependant, les urines contenant du PARACOLON AEROBACTER, du PROTEUS ET DES ENTEROCOQUES). C'est la survenue des phénomènes sub-occlusifs, s'aggravant progressivement, malgré l'aspiration et le traitement médical, qui a fait révéler une perforation collée contre la vessie et une anse grêle (Obs. N° 15 VIEGROD).

Enfin, nous avons un cas où la perforation semble due à un lavement évacuateur dont nous avons dû la responsabilité dans les complications des diverticulites.

TRAITEMENT

Après laparotomie que l'on fait en général médiane sous-ombilicale, la véritable nature de la lésion s'impose rapidement : le sigmoïde, turgescant, inflammatoire, recouvert de fausses membranes est adhérent, peu mobile. Et c'est parfois, en essayant de l'attirer vers soi, qu'on débouche un abcès perforé laissant sourdre un pus brunâtre, nauséabond, accompagné de matières et de gaz (obs. N° 7 INJ).

Parfois, on peut libérer progressivement la zone d'adhérences et dévoiler la perforation. Celle-ci peut être recouverte par des franges épiploïques accolées (Obs. N° 7 INJ), ou par la vessie ; mais aussi, par une anse grêle, par le colon droit, la trompe gauche (obs. N° 10 JOL). Fréquemment, aussi autour de la perforation, on trouve réunis par des adhérences, la vessie et une anse grêle (obs. N° 15 VIEG-ROD) ou épiploon et vessie.

Le traitement dépend surtout de l'étendue des lésions et de l'importance de l'inflammation :

On peut extérioriser la perforation après l'avoir isolée par des mèches.

On peut encore fermer simplement la perforation par une suture en bourse renforcée par de l'épiploon. Dans ce cas toutefois, comme dans le cas assez rare d'ailleurs où il est possible de faire une résection immédiate, il paraît prudent de faire une colostomie iliaque en amont, cette dernière étant supprimée lors d'un deuxième temps ultérieur.

Quelle que soit la méthode choisie, le traitement général et, notamment l'antibiothérapie, est toujours très important : il ne faut pas oublier en effet, que les péritonites par perforation du sigmoïde sont les plus septiques.

Sur les quatre observations de péritonites couvertes opérées dans le service,

- la première a été traitée par extériorisation du diverticule perforé

Elle a guéri au prix d'une éventration qui a dû être opérée ultérieurement (obs. N° 7 INJ).

- deux autres ont été traitées par une suture de la perforation, avec colostomie iliaque gauche, celle-ci étant fermée plusieurs semaines après, la guérison de la perforation ayant été vérifiée radiologiquement (Obs. N° 15 VIEG-ROD).

- enfin, nous devons mentionner une observation un peu particulière suivie de mort (obs. N° 6 BOU): dans les suites d'une cure difficile d'appendicite herniaire droite, un lavement évacuateur est donné le quatrième jour par une infirmière expérimentée et prudente. Quelques instants après, apparition de douleurs dans la fosse iliaque gauche, auxquelles on n'attache pas l'importance qu'elles méritent, ni immédiatement ni dans le cours de la journée. Le lendemain matin, contracture abdominale diffuse plus marquée à gauche. Intervention par voie médiane. On trouve du pus dans le bassin et dans la gouttière pariéto-colique gauche. Rien d'anormal du côté de l'appendicectomie. On finit par découvrir un petit orifice sur le colon sigmoïde, par lequel s'échappent des bulles gazeuses et du liquide stercoral. Suture en bourse que l'on renforce par une frange épiploïque. Isolement par mèches et drain avec aspiration. Après une période d'amélioration, telle que la guérison semblait probable, aggravation subite et mort.

Il est évident que ce décès s'explique par des fautes de traitement :

- 1 - retard de la réintervention;
- 2 - il eut fallu ou réséquer la perforation, ou au moins, faire une colostomie de dérivation au-dessus.

Donc la mise hors circuit du sigmoïde infecté et fragile semble indispensable.

Nous n'avons pas d'observation suivie de résection immédiate, qui est parfois possible, mais au cours de laquelle, le rétablissement de la

continuité colique peut être difficile et de peu de sécurité. Il semble , là aussi, que l'on doive préférer une intervention type HARTMANN, avec anastomose ultérieure.

Quant à la colectomie secondaire, faite après refroidissement des lésions, en même temps que le rétablissement de la continuité, elle semble indiquée au même titre que la résection différée après perforation en péritoine libre. Pour des raisons obscures, elle n'a pas pu être pratiquée chez aucun de nos malades, et, la véritable guérison clinique et radiologique que nous avons pu constater longtemps après montre qu'elle n'est pas toujours indispensable.

ABCES PERI-SIGMOIDIENS

Forme clinique difficile à limiter, s'apparentant aux péritonites et prenant parfois un aspect tumoral , l'abcès péri-sigmoïdien nécessite un traitement particulier.

Après une période plus ou moins longue de diverticulite, s'installe progressivement :

la péri-sigmoïdite plastique : la douleur de la fosse iliaque gauche, les vomissements, l'altération de l'état général persistent. La palpation montre un plastron de la fosse iliaque gauche, mal limité, douloureux mat, fixe, sur les plans profonds, cependant que le reste de l'abdomen est souple.

Le toucher rectal permet parfois de sentir le pôle inférieur, sensible, de ce plastron.

Sous l'influence du traitement médical, on peut assister à une résolution lente du plastron. Dans d'autres cas, malgré le traitement, l'évolution se fait vers la constitution d'un :

abcès péri-sigmoïdien : les signes généraux s'aggravent : fièvre élevée, désarticulée, sueurs, vomissements , faciès terreux, font penser à une suppuration profonde. La leucocytose importante, avec polynucléose, complète cette impression.

Le plastron se modifie peu à peu : se ramollissant en un point électivement douloureux, il se transforme rapidement en une collection dessinant parfois sous la paroi, une voussure oedémateuse et rosée.

La tuméfaction se déplace en même temps en dedans et en bas, le toucher rectal la perçoit, empâtant le DOUGLAS qui est très sensible. Enfin, les signes occlusifs sont capricieux mais pratiquement constants.

Le diagnostic de ces abcès de la fosse iliaque gauche est relativement facile, bien qu'à ce stade, on ne puisse éliminer l'abcédation d'un cancer colique. Il n'en est pas de même dans les abcès à localisation pelvienne qui orientent vers la sphère génitale, surtout chez la femme.

Le toucher vaginal montre une tuméfaction douloureuse, bombant dans le cul de sac de DOUGLAS ; mais, là encore, les antécédants lointains et récents de diverticulite, la symptomatologie occlusive, doivent faire penser à une origine sigmoïdienne.

Il faut citer une forme un peu particulière : la cellulite pelvienne par diffusion d'un abcès intra-mésocolique dans laquelle, le pus peut fuser suivant des trajets complexes, le plus souvent derrière le rectum.

Du même ordre sont les abcès lombaires pouvant faire penser à un phlegmon péri-néphrétique. On a décrit aussi des abcès sus-iliaque et méso-coeliaques.

TRAITEMENT :

Il serait possible, dans certains cas d'obtenir une résolution des signes locaux et généraux par le seul traitement médical : glace sur le ventre, antibiotiques.

Néanmoins, outre la sclérose cicatricielle importante, à l'origine d'adhérences et surtout de sténose sigmoïdienne secondaire, le risque de fistulisation spontanée fait rejeter cette méthode.

Cette ouverture peut se faire n'importe où : à la peau, éventualité favorable mais rare, dans la vessie fréquemment, dans le vagin, le grêle, la cavité péritonéale enfin, et nous connaissons la gravité de telles péritonites.

Il faut donc inciser et drainer ces abcès : ceux de la fosse iliaque gauche par une incision externe et basse, dans l'angle pariéto-colique.

Les abcès pelviens, après avoir attendu qu'ils bombent suffisamment dans le DOUGLAS, seront incisés par rectotomie, tant chez l'homme que chez la femme.

On ouvrira par voie rétro-rectale ou ischio-rectale, les abcès intramésocoliques à fusées pelviennes.

Enfin, les abcès à évolution lombaire pourront être drainés au niveau du triangle de JEAN-LOUIS PETIT.

L'ouverture de la collection et son drainage, entraînent une amélioration rapide de l'état général avec disparition des signes obclusifs. Il est des cas cependant où, malgré cette amélioration, on assiste à la formation d'une fistule secondaire dans la vessie ou le vagin.

Ces fistules font poser le problème de l'opportunité d'une dérivation colique en amont, effectuée dans le même temps que l'ouverture de l'abcès.

Il semble difficile de trouver dans ce cas, une indication formelle à la dérivation. Certes, il est certain que, mettant au repos le sigmoïde abcédé et fragile, elle diminue le risque de fistulisation. Mais, la fistulisation secondaire, après ouverture de l'abcès, correcte et bien drainés, est loin d'être la règle.

Notamment dans les localisations pelviennes, la fistulisation est rare, et, quand on a pu faire une rectotomie, il ne semble pas nécessaire de faire une colostomie.

Par contre, les abcès abdominaux, sont parfois de drainage difficile et certains auteurs préconisent une colostomie presque systématique dans ces formes : colostomie iliaque gauche haute, voire même transverse pour être le plus loin possible de l'abcès.

La thérapeutique chirurgicale de l'abcès péri-sigmoïdien ne s'arrête cependant pas avec l'ouverture qu'elle soit accompagnée ou non de dérivation : la persistance de foyers purulents, la sclérose cicatricielle, laissent un sigmoïde fragile et fonctionnellement déficient. C'est pourquoi, sauf contre-indication spéciale, il est prudent d'envisager une colectomie secondaire. On attendra pour cela, au moins deux à trois mois après la résolution des signes locaux et généraux.

Nous n'avons dans nos observations, qu'un seul cas d'abcès péri-sigmoïdien. Encore s'agissait-il (Obser. N° 5 LEV), de plusieurs abcès de petite taille, au contact d'un sigmoïde rouge et gros, entre lui et la face postérieure du ligament large. Après libération, on s'est borné à un simple drainage, la malade s'attendant à une intervention gynécologique. Après guérison opératoire, cette femme n'a pas consenti à se faire réopérer, bien qu'elle continue à souffrir. Elle a conservé une image de rigidité colique, et, malgré des cures thermales et un traitement médical, les douleurs iliaques et pelviennes subsistent au bout de six ans.

SIGMOIDITES PSEUDO-TUMORALES

Aboutissement de loin le plus fréquent des sigmoïdites, les tumeurs inflammatoires sont les formes pour lesquelles le diagnostic étiologique est le plus difficile.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'infection chronique des diverticules engendre un processus inflammatoire péri-sigmoïdien.

1 - Une scléro-lipomatose diffuse englobe toute la tumeur, noyant les diverticules sur une plus ou moins grande longueur, entraînant une sténose progressive en débordant dans la lumière intestinale.

2 - Dans d'autres cas, il s'agit d'une hypertrophie fibreuse de la sous-muqueuse, à développement souvent important.

Dans les deux éventualités, la muqueuse, quoique fréquemment rouge et un peu épaissie, est saine et sans discontinuité. De plus, il n'est pas rare de trouver dans le tissu inflammatoire, de petits abcès purulents enkystés, sans qu'il soit possible pour autant, de retrouver en eux-même les vestiges d'un diverticule.

Cette structure histologique explique la progressivité, l'insidiosité du développement de ces tumeurs parfois volumineuses dès le premier examen.

CLINIQUE :

La description clinique en est difficile : les signes sont la plupart du temps, ceux d'une sigmoïdite inflammatoire banale, avec une note infectieuse rappelant les abcès péri-sigmoïdiens.

Depuis plusieurs semaines, le malade souffre de pesanteur dans la fosse iliaque gauche, accompagnée de quelques coliques non rythmées par les repas. Il signale de nombreux épisodes de distension abdominale avec des borborygmes se terminant brusquement par une débâcle de gaz et de matières diarrhéiques, contenant des glaires ou même hémorragiques.

Dans les formes sténosantes, en dehors de ces épisodes, l'émission de selles laminées peut être évocatrice.

Généralement, tous ces signes capricieux, inconstants, ne s'accompagnent pas de signes généraux. Traités par des petits moyens, ils n'attirent l'attention que par leur persistance et la plus grande fréquence des incidents.

L'examen révèle alors, la tumeur facilement perceptible dans la fosse iliaque gauche:

masse oblongue, allongée suivant le trajet du colon pelvien, dure, mobile, se perdant en bas dans le petit bassin, mais bien limitée latéralement. Sensible, elle s'accompagne d'une légère défense pariétale. Elle est parfois médiane ou même dans la fosse iliaque droite. Le toucher rectal peut la percevoir, à bout de doigt ou à travers le rectum, régulière et lisse. Le toucher vaginal la trouve souvent dans le DOUGLAS ou le cul de sac latéral et il n'est pas toujours facile de la différencier d'une tumeur utérine, d'une masse annexielle ou d'une endométriose.

Dure ou un peu empâtée, des examens répétés à plusieurs jours d'intervalle, montrent que cette tumeur varie d'un jour à l'autre dans sa forme et dans sa consistance. Ce signe, lorsqu'il est net, est certainement un des meilleurs arguments en faveur de l'origine inflammatoire de la lésion (LECENE et BENAÛDE)

Néanmoins, cette tumeur; même aussi typique, fait penser à un cancer du sigmoïde. Cette hypothèse est encore renforcée, au cours de l'évolution par l'apparition de signes généraux, asthénie, anorexie, amaigrissement, une tendance fébrile, une certaine pâleur, voire même un teint terreux, l'anémie, la leucocytose souvent très élevée.

Il est également difficile de la différencier d'une endométriose sigmoïdienne, dont on connaît les formes tumorales qui, elles aussi laissent la muqueuse intacte, n'affectant que la sous-muqueuse et le chorion.

RADIOLOGIE :

La radiographie montre que le lavement baryté progresse difficilement, ralenti par un obstacle donnant une image lacunaire, ou passant à travers un défilé étroit.

Cependant, la tumeur couvre une grande étendue, ses contours sont réguliers, le défilé sténosant est d'une longueur inhabituelle dans les cancers, enfin et surtout, les deux pôles de la portion rétrécie se raccordent avec la partie saine de façon progressive.

Il n'est pas aisé de conclure sur ces nuances radiologiques, d'autant que certaines sténoses inflammatoires, sont courtes, rattachées par des arêtes vives au côlon sus et sous jacent, et que l'on a observé, dans certains cas, des images d'invagination très suspectes.

D'autre part, les diverticules ne sont plus visibles dans cette partie tumorale ; leur présence sur le reste du cadre colique, bien qu'évocatrice ne constitue pas une garantie suffisante.

Ainsi, les caractères cliniques, radiologiques de la tumeur, l'âge du sujet, la grande fréquence du cancer, ne permettent pratiquement jamais d'affirmer l'étiologie inflammatoire, même si l'interrogatoire révèle des

antécédents très lointains de diverticulose, peut-être déjà confirmée radiologiquement.

Mais le cancer n'est pas le seul diagnostic différentiel de ces tumeurs il est des cas où la symptomatologie pelvienne en impose pour une affection génitale; nous avons ainsi quatre observations de malades opérées avec un diagnostic primitivement gynécologique (obs. N° I DER. N° 2 BAS. N° 3 SMO. N° II CHA).

Enfin, les signes urinaires, si fréquents dans les sigmoïdites, conduisent parfois à un diagnostic urologique (obs. N° I2 LAU).

TRAITEMENT :

Non traitées , ces tumeurs évoluent vers une aggravation : sténose de plus en plus serrée, aboutissant à une occlusion aiguë, fistulisation surtout et principalement dans la vessie; plus rarement péritonites.

Il est des cas où un traitement médical amène une amélioration des signes fonctionnels, généraux et radiologiques. Il faut craindre cependant les rechutes et la progression du phénomène de sclérose cicatricielle, aboutissant à une sténose irréductible.

En règle, l'hypothèse d'une affection néoplasique, conduit à l'intervention. Et pourtant, il est certain qu'une meilleure connaissance de la maladie , permettant de faire un diagnostic sans arrière-pensée de sigmoïdite inflammatoire, qui pourrait faire différer le moment chirurgical.

Il serait alors possible d'instituer un traitement médical sous surveillance régulière, et suffisamment prolongé pour obtenir un refroidissement des lésions. Ce traitement comporterait une antibio-sulfamidothérapie intestinale, une correction des troubles du transit, une rééquilibration humorale.

Il est exceptionnel que l'on puisse attendre assez longtemps pour arriver à ce résultat, et le péritoine étant ouvert, on trouve une tumeur volumineuse, prenant dans un bloc, une large portion du sigmoïde et le méso-colon, adhérent souvent fortement à la vessie, à l'utérus, au rectum, au caecum, aux anses grèles.

Là encore la difficulté de diagnostic subsiste, qui sur un côdon bien préparé, justifierait peut-être, avant la résection une colotomie exploratrice pour vérifier l'intégrité de la muqueuse. L'ablation de ces tumeurs inflammatoires permet en effet une colectomie segmentaire beaucoup plus économique, qu'en cas de cancer.

L'exérèse doit être cependant étendue en hauteur : sigmoïdectomie complète. Néanmoins, il n'est pas indispensable d'enlever toute la zone diverticulaire, ce qui conduirait parfois à des résections démesurées.

L'exérèse est souvent difficile, car la tumeur, retenue par un méso épais et inflammatoire, fixée aux organes de voisinages, est peu mobilisable.

L'ablation en un temps est certes la plus satisfaisante. Idéale et souvent possible, elle doit pourtant être remplacée par une résection avec une dérivation provisoire. L'anastomose est en effet souvent fragile, car elle est faite dans des tissus aux limites de l'inflammation, elle est d'autre part soumise à des tractions que l'on ne peut toujours éviter. La colostomie gauche est dans ces conditions un élément de grande sécurité.

Nous avons neuf observations de sigmoïtes tumorales. Les deux premières malades n'ont subi qu'une laparotomie exploratrice :

l'une car il s'agissait d'une tumeur que l'on avait cru être un cancer : inextirpable (obs. N° 2 BAS).

Quant à la deuxième, on hésitait avant l'intervention entre une sigmoïdite et une lésion annexielle (obs. N° II CHA). On a trouvé une tumeur très adhérente, très inflammatoire, inextirpable sans dérivation ; la malade n'ayant pas été prévenue de cette éventualité, on a préféré fermer, se réservant de

pratiquer une exérèse secondaire à froid.

Ces deux malades ont refusé une nouvelle intervention et sont actuellement en excellente santé, l'une neuf ans, l'autre trois ans après la laparotomie.⁽¹⁾

Dans deux autres observations, l'exérèse a été faite suivant le procédé de HARTMANN : résection suivie de fermeture en cul de sac du bout rectal, avec mise à la peau du bout supérieur. Une des malades a quitté la région (Obs. N° 1 DER). Chez la deuxième, la continuité a été rétablie cinq mois après l'ablation d'une tumeur fortement adhérente à la vessie (obs. n°12 LAU).

Une autre malade a été traitée par une résection avec mise à la peau des deux bouts supérieur et inférieur, en canon de fusil, le rétablissement secondaire de la continuité étant effectué trois mois plus tard (obs. N°3 SMO).

Dans une autre observation (Obs. N° 10 JOL.), la résection a été suivie d'une mise à la peau dans la fosse iliaque du bout supérieur, et de l'inférieur sur la ligne médiane. La continuité a été rétablie trois mois plus tard.

Une autre tumeur (obs. N° 8 REB) a été réséquée et traitée par abaissement trans-anal, suivant le procédé de TOUPET. La guérison a été obtenue après des suites troublées par le sphacèle du bout abaissé, suivi d'un rétrécissement avec fistule qui ont nécessité une réintervention. La malade a été revue dans le service en avril 62 pour une constipation isolée due vraisemblablement à des fautes de régime.

Une autre, enfin, a été réséquée avec suture immédiate, et a guéri très simplement (obs. N° 17 COL).

Donc, tous ces cas de sigmoïdites pseudo-tumorales ont abouti à une guérison durable, par les procédés les plus divers. Il est bien difficile de schématiser les modalités du traitement : si l'une des observations, comporte des suites simples avec guérison après résection et suture immédiate, on a cru plus prudent dans les autres, de faire suivre la résection d'une dérivation.

(1) Obs. N°2 BAS.. malade revue le 18/5/62 pour une sténose sigmoïdienne dont on ne connaît encore la nature.

Il s'agissait , dans le premier cas, d'une tumeur libre, sans infection de voisinage. Les autres, au contraire, étaient volumineuses, noyées dans un bloc d'adhérences, fixées aux parois et aux viscères voisins, comportant même des abcès micro-nodulaires fétides.

Malgré tous les aspects séduisants de l'exérèse en un temps, il semble que la dérivation procure une assurance supplémentaire, le rétablissement de la continuité, pouvant s'effectuer dans des délais relativement brefs.

Enfin, deux de nos observations montrent que même dans le cas des volumineuses tumeurs inflammatoires nous avons vu leur rétrocession, après une simple laparotomie exploratrice.⁽¹⁾

Néanmoins, dans la majorité des cas, dans les formes sténosantes surtout, la résection s'impose, d'autant que le diagnostic étiologique de ces pseudo-tumeurs est rarement catégorique.

ooo

(1) - Cette rétrocession n'est peut-être que passagère et n'empêche pas l'extension du phénomène de sclérose cicatricielle : ainsi, une de ces malades vient de consulter à nouveau pour une sténose sigmoïdienne, qui est peut être l'aboutissement de cette sclérose (voir notes (1) pages 37 et 52)

L'OCCLUSION COLIQUE AIGUE

Aboutissement de la forme précédente non traitée, elle est exceptionnelle.

Le plus souvent , longtemps précédée d'accès sub-occlusifs se terminant par une débâcle diarrhéique, elle a tous les caractères de la forme la plus fréquente des occlusions coliques basses : le cancer du colon pelvien.

D'installation relativement progressive, elle se résume parfois au début, à l'arrêt précoce des matières et des gaz, apparemment longtemps bien supporté, malgré l'apparition de coliques de plus en plus violentes.

L'examen retrouve une distension du cadre colique, qui est animé de mouvements péristaltiques. Le météorisme, quoique modéré, empêche de percevoir la tumeur inflammatoire, dont le volume (rarement aussi important dans les cancers), la forme et la consistance pourraient peut être faire penser à une sigmoïdite.

La radiographie sans préparation de l'abdomen ne permet que de confirmer qu'il s'agit d'une occlusion basse, due à un obstacle et non à une strangulation.

Le lavement baryté, nous l'avons vu, bien que montrant un défilé assez long, se raccordant progressivement aux pôles sains, ne peut, malgré

l'existence de diverticules en amont, éliminer un néoplasme de façon certaine.

Il n'est pas possible , par ailleurs, de trouver dans les signes généraux, et notamment la fièvre, un argument suffisant.

TRAITEMENT

Le seul traitement chirurgical immédiatement possible, est la dérivation par colostomie gauche ou transverse : le retentissement général, si minime soit-il contre-indique, si l'hypothèse d'une strangulation est formellement éliminée, la simple laparotomie et, a fortiori, la résection.

Il peut arriver qu'avant de procéder secondairement à ce deuxième temps, les antécédents, les caractères et surtout le volume de la tumeur, maintenant palpable, les variations de ses dimensions d'un examen à l'autre, une étude plus attentive des clichés du lavement baryté, permettent d'évoquer l'étiologie inflammatoire, d'instituer un traitement approprié et d'attendre le refroidissement de la tumeur.

Cependant, c'est l'examen de celle-ci et souvent même, l'examen histologique après exérèse étendue, qui affirme le diagnostic.

Dans le même temps que l'exérèse on fait un rétablissement de la continuité.

Nous n'avons qu'une seule observation d'occlusion aiguë (Obs. N° 16 AUB.) : ayant fait poser le diagnostic d'obstruction par cancer, elle avait été traitée par un anus iliaque gauche suivi d'une exérèse deux mois plus tard, avec conservation de la dérivation. L'examen histologique a révélé la nature tuberculeuse de la tumeur sigmoïdienne.

Malgré une nouvelle localisation de la maladie (pleurésie), le malade a guéri et a été revu, dix neuf ans après, pour un prolapsus avec rétrécissement de l'anus iliaque. Agé alors de quatre vingts ans, il n'a pas voulu courir le risque d'une reconstitution de la continuité et on s'est contenté de réséquer le prolapsus.

Cette observation est très particulière par l'étiologie tuberculeuse et si la dérivation qui a été pratiquée initialement semble toujours justifiée, on peut regretter seulement de ne pas avoir fait de rétablissement de la continuité, dans le même temps que l'exérèse. Il s'agit d'ailleurs, d'une observation ancienne, qui date d'une époque où la chirurgie colique gauche était plus sévère qu'actuellement.

LES FISTULES

Aboutissement fréquent des abcès péri-sigmoïdiens, même traités, mais aussi des tumeurs , elles sont nombreuses.

1 - LES FISTULES CUTANÉES

Le plus souvent iliaques gauches, réalisant un véritable anus contre nature rarement suffisant, ce sont des fistules pyo-stercorales.

Il en est de même, des fistules lombaires et iliaques droites, qui peuvent être secondaires à l'ouverture d'un abcès, ou même d'une diverticulite simple.

Elles sont traitées généralement par une colectomie en un temps la localisation de l'ouverture guidant l'étendue en hauteur et en largeur de l'ablation.

Il faudra cependant recourir à la colostomie préalable, dans le cas de fistules multiples, comprenant plusieurs poches mal drainées.

2 - LES FISTULES SIGMOÏDO-VAGINALES

Révélées par une incontinence des matières, elles seront fermées, après séparation du vagin et de l'intestin terminal sur une grande longueur.

Leur cure est facile dans les fistules bas-situées, compliquées lorsque l'ouverture est près du col, ou dans l'utérus, ce qui est exceptionnel.

3 - LES FISTULES RECTO-SIGMOIDIENNES

Elles sont relativement mineures et relèvent d'un traitement analogue à celui des précédentes.

4 - LES FISTULES VÉSICO-SIGMOIDIENNES

De loin les plus fréquentes, leur traitement est parfois difficile.

Leur diagnostic est essentiellement clinique :

- Parfois typiques, elles donnent tous les signes d'une cystite aiguë : dysurie, pollakiurie, ténésme vésical très pénible, rapidement accompagnés de pneumaturie et de fécalurie.

- Elles sont quelquefois bien tolérées, le seul signe vraiment constant étant la pneumaturie, qui peut être même intermittente.

Il en est de même de la pyurie et de la bacillurie où cependant, la flore intestinale prédomine.

Néanmoins, ces rémissions, parfois durables, sont trompeuses et les fistules vésico-sigmoïdiennes n'ont pratiquement jamais tendance à la guérison spontanée. D'autre part, le risque d'infection urinaire ascendante est toujours à craindre et justifie, à lui seul, le traitement qui ne peut être que chirurgical.

TRAITEMENT :

Son principe est essentiellement une colectomie : la séparation simple des orifices ne suffit pas, et le trajet se rétablit fréquemment. On commence par séparer l'adhérence colo-vésicale ; ce geste, ne présente

pas de grande difficulté, car, cette adhérence siège, en général, sur la face postérieure du dôme, loin du trigône et des uretères.

On fera ensuite, une colectomie et une cystectomie partielle, suivies de sutures. Là encore, il est fondamental d'avoir affirmé le diagnostic de sigmoïdite auparavant, ce qui évite de faire une cystectomie étendue, en croyant à un cancer.

Dans la majorité des cas, il est possible de faire une colectomie immédiate, suivie dans le même temps, du rétablissement de la continuité.

Pourtant, les difficultés de la résection d'une masse tumorale et inflammatoire, laissant peu de garanties sur la solidité de l'anastomose, peut imposer une dérivation. Il est ainsi des cas, où la colostomie, précédant la résection jugée trop difficile donne une amélioration de grosses infections vésicales et permet de plus, d'attendre le refroidissement des lésions, pour procéder à l'exérèse avec rétablissement de la continuité (Obs. N° 20 CRE.).

Cette exérèse est, en effet, indispensable : la colostomie a une efficacité certaine en général, mais ne guérit pas la fistule. Ainsi, dans une observation que nous citons, il s'agissait d'un malade colostomisé quinze ans auparavant pour une tumeur que l'on avait cru être un cancer inextirpable du sigmoïde. Cédation complète des troubles pendant 10 ans puis le malade souffre de nouveau de cystite, avec pneumaturie. L'ablation d'un fécalôme géant a fait rétrocéder les phénomènes de cystite, mais, la pneumaturie a persisté. Le malade a refusé la résection et le rétablissement de la continuité (Obs. N° 21 FLI).

La deuxième observation est celle d'une malade encore actuellement dans le service (obs. N° 20 CRE) entrée pour crises occlusives et diarrhéiques. Après une phase de stabilisation sous l'influence du traitement médical, pendant laquelle la radiographie a mis en évidence des diverticules sur le sigmoïde, les troubles ne sont aggravés et complétés par l'apparition de signes

de cystite. La fistule est rapidement devenue évidente : pneumaturie et fécalurie, macroscopiquement visible. Devant l'état général assez précaire de la malade, âgée et arythmique, on a fait une colostomie. La résolution des signes a été assez nette, le traitement médical est poursuivi et la résection envisagée dans les semaines à venir.

oOo

SIGMOÏDITE ET CANCER

Comme nous l'avons vu, toutes les formes chroniques, et même certaines formes aiguës des sigmoïdites, posent un problème diagnostique permanent avec le cancer. Ce problème donne leur valeur à toutes les investigations, cliniques, para-cliniques et même chirurgicales, visant à éliminer formellement l'existence d'un néoplasme.

La certitude n'est pas toujours aisée à obtenir, et, ce d'autant moins que l'on rencontre des cas de coexistence du cancer et des sigmoïdites.

Presque toujours, le cancer siège en aval de la diverticulose. Il peut se révéler, comme tous les cancers du sigmoïde, par des troubles de l'exonération, des phénomènes sub-occlusifs, ou des hémorragies. Dans les cas de diverticulose préexistante, la sténose tumorale semble à l'origine de la diverticulite inflammatoire en amont.

Cette coexistence n'est pas exceptionnelle et elle justifie la vigilance que l'on doit avoir devant toutes les formes sténosantes ou tumorales des sigmoïdites, même chez des sujets que l'on sait, depuis longtemps porteurs de diverticules.

Les polypes sont aussi souvent associés aux diverticules. Ils sont, pour une très grande part, responsables des formes hémorragiques de la maladie.

Leur transformation en tumeur maligne est classique et fréquente. Par contre, il semble qu'il n'y a pas de commune mesure entre l'importance de ce risque dans la polypose, et la bénignité intrinsèque et durable des diverticuloses.

Le seul cas d'association que nous ayons observé, est celui d'un cancer de l'ampoule, avec sigmoïdite diverticulaire, traité par amputation abdomino-périnéale (Obs. N  9 VIV.).

oOo

SIGMOIDITES HEMORRAGIQUES

Il est certain que quelques diverticulites peuvent saigner. Mais, il semble bien que, plus les diverticules ce sont les polypes qui saignent (étant éliminées toutes les autres causes classiques d'hémorragie : notamment le cancer).

Sans lésion associée, les hémorragies par diverticuloses, prennent rarement un caractère alarmant.

Il faut rappeler l'hémorragie "symptôme", résumée par des selles striées de sang, couramment rencontrée dans les diverticuloses et surtout dans les poussées inflammatoires. Elle pourrait peut être expliquer l'anémie légère, fréquente chez ces malades.

Certaines diverticulites donnent, cependant, des hémorragies relativement abondantes : de sang rouge, elles ne sont pas rythmées par les repas et indépendantes de la défécation. Elles surviennent en général chez des **sujets** porteurs de très nombreux diverticules.

L'anémie sévère, quelles engendrent, commande une surveillance attentive et une correction par des transfusions. Leur répétition peut même devenir inquiétante et obliger à intervenir.

Il est difficile, lors des poussées, de voir, avec précision l'endroit qui saigne. On peut recourir au clampage momentané de plusieurs

segments coliques, pour déterminer le segment responsable et en pratiquer l'exérèse.

Dans ces cas, on a aussi proposé la colostomie transverse qui, outre qu'elle a l'avantage de montrer si le sang vient du colon droit ou gauche, semble suffir à arrêter l'hémorragie.

Si l'on a dû recourir à cette colostomie et même s'il a été possible de l'éviter, les hémorragies récidivantes sont une indication de la colectomie large, faite à froid en dehors de tout saignement.

Nous n'avons pas d'observation de sigmoïdite compliquée d'hémorragie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

Mme DER... - 48 ans.

5 Avril 1951 : femme ayant déjà subi, en Amérique, deux interventions :

- 1 - une hystérectomie vaginale à la suite d'un avortement.
- 2 - une laparotomie par incision de Pfannenstiel pour libération d'adhérences dit-elle.

Entrée pour fièvre oscillante, douleur dans le bas ventre et perception d'une tumeur, au toucher vaginal , collée contre la paroi pelviennet abdominale antérieure et à gauche de la ligne médiane.

Laparotomie médiane sous ombilicale. On rencontre un bloc constitué par : l'épiploon, les anses intestinales, remplissant toute la moitié gauche du bassin et très fortement fixé à ses parois. On arrive avec beaucoup de difficultés à séparer les éléments de cette masse. On constate qu'elle est formée essentiellement par le côlon sigmoïde très épaissi. Il montre une tumeur fusiforme de 7 cm de diamètre, sur 13 cm de long, interposée entre le colon descendant et le rectum qui sont sains. Résection de cette tumeur, Fermeture du cul de sac rectal en 2 plans, on l'abandonne dans le bassin. Le bout supérieur est passé dans une boutonnière dans la fosse iliaque gauche. On constate que sur le colon transverse et sur plusieurs anses grêles, aux points qui adhèrent à la masse sigmoïde, il existe une altération des parois, qui sont épaissies et lipomateuses. On isole par un Mikulitz et 2 mèches le bassin du reste de l'abdomen. Fermeture du ventre.

Examen de la pièce : à la coupe dans le sens de la longueur, on voit que la muqueuse est saine, plissée et comprimée par un très gros épaissement de la sous-muqueuse. Il existe au moins un diverticule qui traverse la couche musculaire et fait saillie sous la couche péritonéale, sous forme d'une bosselure. L'épaisseur de la paroi atteint environ 2 cm (Dr. R. CHABRUT).

Histo-diagnostic n° 38.903 du 14/4/1951 (Pr. DELARUE)

Tumeur du colon sigmoïde : les coupes de ce large segment de paroi colique montrent bien que celui-ci présente une muqueuse intacte. Sous cette muqueuse, la sous-muqueuse apparaît considérablement épaissie reposant sur une musculature également très développée. Dans la sous-muqueuse se voient plusieurs invaginations de muqueuse dont la bordure est encore parfaitement reconnaissable parfois, tandis qu'elle a disparu par ailleurs pour faire place à un tissu de granulation inflammatoire qui environne une large flaque de mucus, vestige de l'invagination de la muqueuse. Ces constatations traduisent en somme une diverticulose murale de la paroi colique, avec réaction inflammatoire subaiguë chronique surajoutée. On ne constate pas de signe de prolifération tumorale maligne sur les coupes de ce fragment.

Suites satisfaisantes, la malade a quitté la région, on ne sait si la continuité a été rétablie.

OBSERVATION N° 2

Mme BAS...- 47 ans

Le 26/2/1952

Femme souffrant du bas ventre depuis plusieurs semaines, ayant eu récemment une crise douloureuse avec tumeur perceptible dans la partie gauche du bassin et la fosse iliaque gauche. On avait émis l'hypothèse de kyste de l'ovaire gauche.

Laparotomie : libération de l'épiploon fixé dans le bassin. Au-dessous 2 anses grêles viennent se couder et adhérer sur une masse pelvienne qui doit

libérée au ciseaux. Au-dessous encore, on trouve une masse constituée au dépend du colon masse dure, adhérente au sacrum, repoussant en avant, sous la vessie, l'utérus et ses annexes. Les organes génitaux ne paraissent jouer aucun rôle sinon qu'ils sont refoulés et participent au processus inflammatoire.

La masse colique est inextirpable et est laissée en place. Il est probable qu'il s'agit d'un néoplasme, toutefois, en raison de l'allure inflammatoire et l'intensité des adhérences, il peut s'agir aussi d'une diverticulite à forme tumorale.

Fermeture avec un drain.

Suites satisfaisantes. La malade refuse une nouvelle intervention pour résection.

Revue en 1961 : guérison clinique de tous les troubles. (1)

Dr. CHABRUT.

OBSERVATION N° 3

Mme SMO... - 34 ans

30/9/1952 : femme présentant une douleur pelvienne, de la fièvre et une masse médiane se mobilisant avec le vol. Quelques métrorragies.

Diagnostic : fibrôme compliqué d'infection ou de nécrose. Aucune amélioration par le repos et les antibiotiques.

Laparotomie : le bassin est masqué par l'épiploon qui adhère à une très grosse masse fixée de toute part. On sectionne l'épiploon et on essaie de décoller cette masse. On ouvre un abcès fétide, on parvient difficilement à la séparer de l'utérus et des annexes. Se faisant on déchire la trompe droite, on l'enlève. On constate alors qu'il s'agit d'une grosse tumeur occupant la terminaison de la partie moyenne de l'anse sigmoïde. Cette tumeur est grosse comme le poing, rou-

(1) - Malade revue récemment (le 18/5/62) pour une sténose sigmoïdienne dont on ne sait encore si elle est une conséquence lointaine de la sigmoïdite.

ge, molle. Pas de ganglions perceptibles dans le méso. On écrase l'intestin de part et d'autre à distance des extrémités. On lie les vaisseaux du méso et on l'enlève. Les deux bouts sont glissés dans une incision de la fosse iliaque gauche. Dans le bassin il reste une surface suintante devant l'utérus et au-dessus de la vessie, correspondant au décollement effectué pour libérer la tumeur. On y place un petit tamponnement, un Mikulicz et 2 mèches. Fermeture du reste de l'incision en 3 plans.

Examen de la pièce : Elle comprend 25 cm d'intestin. La tumeur occupe environ le 1/3 moyen. Ouverte elle se montre formée par un épaissement de la paroi qui atteint plus de 2 cm. Les tuniques sont infiltrées d'œdème et ne glissent pas les unes sur les autres. La muqueuse ne montre : ni tumeur, ni ulcération, ni diverticule mais elle est tendue sans aucun pli et adhère aux tuniques sous-jacentes.

Histo-diagnostic n° 49.713 du 4 octobre 1952 (Pr. DELARUE)

Fragments d'une tumeur du colon sigmoïde : l'étude histologique de ces 2 fragments montre qu'ils intéressent, l'un et l'autre, une paroi colique dont les éléments sont intacts ; pourtant, on peut noter une assez abondante infiltration inflammatoire de la sous-muqueuse et de la musculuse. Cette paroi colique est doublée en dehors par une importante masse scléreuse englobant des lobules adipeux normaux, très riche en vaisseaux congestionnés et parsemée d'ilôts cellulaires inflammatoires parmi lesquels se voient de petits ilôts de suppuration.

C'est à dire que l'on observe ici aucun signe de tumeur maligne. La tumeur constatée est une pseudo-tumeur inflammatoire chronique dont l'étiologie ne peut être précisée histologiquement.

OBSERVATION N° 4

Mr. GAY... - 22 ans.

12/5/55 : Laparotomie médiane sous ombilicale. Le bassin est rempli par une grosse masse ; sur cette masse une anse grêle est intimement fixée. On la

libère avec difficulté. Au-dessous, la masse se compose du colon à la jonction recto-sigmoïdienne très dure et fixée de façon indissociable avec la paroi du bassin et la vessie. Il peut s'agir soit d'une sigmoïdite ce qui était le diagnostic envisagé, soit d'une tumeur et dans ce cas absolument inextirpable. Par une contre incision iliaque gauche, on attire en dehors l'anse sigmoïde préalablement libérée et on ferme la paroi en laissant une mèche dans le décollement de l'anse grêle.

Dr R. CHABRUT

OBSERVATION N° 5

Mme LEB...- 33 ans

28/5/55 : femme entrée à la suite d'une fausse couche avec fièvre, frissons, douleur dans le bas ventre plus marquée à gauche. A l'examen l'utérus paraît vide, mais il existe une grosse masse dans le cul de sac gauche, très douloureux, or les annexes gauches ont été enlevées, ailleurs, quelques mois auparavant. Après traitement aux antibiotiques et attente, la tumeur ne varie pas.

Laparotomie excisant la cicatrice précédente. Annexes droites normales. Utérus un peu gros, et un peu mou. La région annexielle gauche est remplacée par une tumeur constituée par le colon sigmoïde rouge et très adhérent à la corne utérine et à la face postérieure du ligament large. On le décolle très péniblement ouvrant de petits abcès logés dans la paroi colique. Après le décollement on constate que la paroi du colon fait une saillie évoquant l'idée d'un diverticule. On se borne à drainer par un drain la zone décollée et on referme. Il paraît s'agir d'une sigmoïdite par diverticulite.

Dr. R. CHABRUT

OBSERVATION N° 6

Mr. BOU... - 58 ans.

14/6/55 : homme opéré le 9.6.55 pour une épiplocèle irréductible avec appendicite herniaire à droite. 4ème jour lavement suivi de douleurs violentes à

gauche. Le lendemain contracture du flanc gauche. Douglas douloureux.

Laparotomie médiane : pus dans le bassin et au-dessous du méso colon sigmoïde remontant le long du colon ascendant. Fausses membranes. Rien d'anormal dans le foyer opératoire précédent, moignon appendiculaire normal. Après aspiration on finit par trouver un tout petit orifice de la taille d'une tête d'épingle sur le colon sigmoïde par lequel s'échappent des bulles gazeuses et un peu de liquide. Fermeture par une bourse et application d'une frange épiploïque qu'on fixe en renforcement. Mikulicz et drain par lequel on installera une aspiration continue. Fermeture.

Dr. R. CHABRUT

OBSERVATION N° 7

Mr. INH... - 56 ans

Douleur le I2 au soir dans la région sous-ombilicale, avec contracture locale. Vomissements T.38. Amélioration par glace le I3. Le I4 T. remonte à 39°. Douleur vive au-dessus et à droite de l'ombilic. Diagnostic provisoire appendicite en situation basse.

I4/8/55 : Laparotomie sous-ombilicale. Oedème de la graisse sous péritonéale. Le ventre ouvert, on trouve à la jonction rectosigmoïde un colon recouvert de fausses membranes, très rouge sur 10 cm. Au palper, induration, mais pas de tumeur. On essaye d'extérioriser le colon malade, mais à cause de la brièveté du méso, on arrive juste à affleurer la paroi. Au cours de ces essais, on fait crever un abcès très fétide, et contenant une masse stercorale moulée comme une petite bille. L'abcès, contenant 2 dés à coudre de pus, est limité par des franges épiploïques accolées. On voit sur la surface externe du colon l'orifice de l'abcès, évidemment diverticulaire. Une bougie en gomme est passée dans le méso extériorise le colon. Des mèches l'isolent de toute part. La paroi est réunie au-dessus.

Dr. R. CHABRUT

25/6/57 : Eventration sous-ombilicale consécutive à une laparotomie pour péritonite d'origine diverticulaire. Excision de la cicatrice : on pénètre dans l'abdomen à la partie supérieure de la plaie au-dessus d'une petite hernie ombilicale et on incise ce qui reste de la paroi pour libérer plusieurs adhérences intestinales. On recherche les muscles droits de chaque côté et

on incise leurs gaines à 1 cm 1/2 de leur bord interne. On répare la paroi par un 1er plan péritonéal au catgut. Un 2ème plan réunit les lèvres internes de l'incision de la gaine du droit au catgut chromé avec quelques fils d'acier interposés. Hémostase très soignée.

Dr. R. CHABRUT

OBSERVATION N° 8

Mme REB... - 62 ans

12/4/56 : diagnostic clinique et radiologique : sténose du colon sigmoïde à la jonction du rectum.

Laparotomie médiane sous ombilicale. Libération d'adhérences épiploïques (hystérectomie antécédente). Le bassin est masqué par une péritonisation faite avec le colon lors de cette hystérectomie. Au-dessous on sent une jonction recto-sigmoïdienne tumorale. On détruit péniblement l'accolement du colon au pourtour du bassin. Dans le bassin, on trouve la jonction recto-sigmoïdienne, qui ne donne pas la consistance d'un cancer, mais d'une sigmoïdite avec épaissement scléro-lipomateux. On libère le rectum de chaque côté, en arrière puis en avant. Ligature du rectum sur le mandrin de rectoscopie. Par traction du mandrin, on évagine le rectum à travers l'anus, et on termine en péritonisant et en suturant la paroi.

Par le périnée, on incise le cylindre externe du rectum, on attire l'intestin et on fixe la partie abaissée à la peau des cuisses, et au cylindre externe par 4 points. Examen histologique.

Dr. R. CHABRUT

Histo-diagnostic N° 80.453 du 20/4/1956 : sigmoïdite chronique

Ce segment de paroi colique comprend une muqueuse strictement normale, peut-être cependant en état d'hypersécrétion glandulaire, ce qui traduit une réaction catarrhale. La sous-muqueuse est le siège d'une congestion assez intense. La musculature est normale. Dans la gaine conjonctivo-adipeuse qui est très vasuclarisée peuvent se voir quelques infiltrats inflammatoires, et aussi un très petit segment de muqueuse colique coupée tangentiellement et qui représente sans nul doute un diverticule ici non enflam-

mé de la muqueuse colique.

C'est à dire que tout plaide en faveur d'une diverticulose du colon sigmoïde. Rien n'indique, l'existence d'une prolifération épithéliale maligne.

Pr. DELARUE

16/6/56 - Résection du prolapsus

Dr. R. CHABRUT

15/9/56 - Rétrécissement serré du colon abaissé après résection colo-rectale compliquée de sphacèle, rétrécissement à 6 cm de l'anus ; imperméable au doigt.

- 1 - clivage recto-vaginal. Mise en évidence de la paroi antérieure du colon. le rétrécissement est à la hauteur du cul de sac postérieur.
- 2 - Résection du coccyx et de la dernière pièce sacrée. Mise à nu de la paroi postérieure. Une fistule mène à un énorme callus, qu'on résèque. On ouvre aussi l'intestin au-dessus du rétrécissement et on l'extirpe. Le bout inférieur et le supérieur peuvent être amenés au contact et suturés en 2 plans. Suture partielle de la plaie. Mèche.
- 3 - Réfection de la paroi postérieure du vagin. Suture du périnée, en ramenant l'anus un peu en arrière, pour soulager la suture colo-anale.
- 4 - Colostomie iliaque gauche sur baguette de verre - pas d'ouverture immédiate

Dr. R. CHABRUT

13/II/56 - Fermeture par le procédé intra-péritonéal, de la colostomie iliaque gauche faite le 15/9/1956.

Dr. R. CHABRUT

2/4/62 - Revient dans le service pour des troubles du transit avec surtout constipation (jusqu'à 12 jours sans exonération. Examen négatif, la malade sort le 7/4 avec un traitement médical et un régime hygiéno-diététique.

OBSERVATION N° 9

Mme VIV... - 82 ans

4/6/57 : en observation pour suspicion de cancer recto-sigmoïdien.

Rectoscopie : tumeur du haut de l'ampoule rectale, en chou-fleur
prélèvement de fragments pour biopsie.

Histo-diagnostic N° 92.736 du 7 juin 1957 (Pr. DELARUE)

Fragments d'une tumeur haut située de l'ampoule rectale.

Deux des fragments étudiés sont exclusivement constitués par des bourrelets d'une muqueuse rectale à peu près normale. Mais un troisième, beaucoup plus petit, se montre exclusivement constitué par les éléments d'une prolifération épithéliale maligne qui réalise la structure d'un adéno-carcinome lieberkühnien, forme habituelle des néoplasmes de l'ampoule rectale.

8/6/57 - Tumeur haute de l'ampoule rectale chez une femme très âgée.

Laparotomie : On sent 2 tumeurs, l'une sigmoïdienne, l'autre ampullaire. cette dualité contre indique le plan primitif qui était de laisser le sigmoïde. On pratique une amputation abdomino-périnéale avec anus iliaque définitif. Libération abdominale du rectum jusqu'aux releveurs. Péritonisation et fermeture de l'abdomen.

Par le périnée on extirpe l'anus, le canal anal et le rectum après avoir coupé les releveurs. Mèche et drain dans la brèche périnéale seulement rétrécie par quelques points.

L'ouverture de la pièce montre que la tumeur de l'ampoule a un aspect d'ulcération ses bords sont végétants relativement peu indurés. Ces végétations rappellent une tumeur vilieuse.

La tumeur du sigmoïde n'est pas une vraie tumeur mais un épaississement important des tuniques sigmoïdiennes autour de diverticules enflammés.

Examen histologique.

Dr. R. CHABRUT

Histo-diagnostic N° 92.93I du 14 Juin 1957.

Tumeur du rectum - "fragment du sigmoïde sus-jacent"

L'un des fragments étudiés intéresse une partie d'un foyer néoplasique bourgeonnant et infiltrant, limité par une muqueuse rectale éversée. Cette tumeur réalise la structure déjà observée : celle d'un adéno-carcinome lieberkühnien très typique et bien différencié.

Un autre fragment est un segment de paroi colique qui est dépourvu d'éléments néoplasiques, occupé par quelques infiltrats inflammatoires qui sont surtout visibles dans la graisse péri-colique laquelle se montre densifiée.

Dans la gaine conjonctivo-adipeuse de ce segment colique s'observent deux petits ganglions qui sont indemnes de métastases et sont en réaction inflammatoire sub-aiguë chronique.

Pr. DELARUE

OBSERVATION N° 10:

Mme JOL... - 64 ans

8/12/56:- Péritonite aiguë généralisée. Laparotomie sous-ombilicale. Pus en abondance, libre. La cause est une tumeur sigmoïdienne perforée, à laquelle la trompe gaudhe est venue adhérer sans parvenir à obturer l'orifice. Celui-ci est à la face postérieure de la tumeur. La tumeur sigmoïdienne a plus l'aspect d'une sigmoïdite que d'un néoplasme. Résection de cette tumeur après hémotase du méso. Le bout rectal est mis à la peau de l'angle inférieur de la plaie. Le bout supérieur à l'angle supérieur. Mikulicz dans le bassin. Fermeture de la plaie entre les 2 bouts intestinaux. Examen histologique.

Dr. R. CHABRUT

Histo-diagnostic N° 87.163 du 15/12/56 (Pr. DELARUE)

Sigmoïdite avec perforation : les multiples coupes effectuées aux dépens de cette pièce opératoire intéressent un colon dont la structure est faite d'éléments normaux. La muqueuse est normale. La musculature apparaît très hyperplasique. Autour du colon, se trouve une gaine inflammatoire d'importance considérable, avec granulome sclérogène très étendu et présence de collection suppurée entourée de sclérose. L'origine de ces altérations inflammatoires est évidente. Autour de ce colon, s'observent de nombreux diverticules dont quelques uns sont suppurés. C'est au dépend d'un diverticule ainsi suppuré que s'est faite la perforation observée opératoirement et histologiquement.

12/3/57 - Résection de la cicatrice et des 2 orifices intestinaux. Libération d'adhérences au grêle. Parage des 2 bouts coliques, suture des tranches en termino-terminale à 3 plans, puis de la brèche mésocolique.

Fermeture de la paroi au catgut chromé et crins en 8 ; en laissant un drain et une mèche de chaque côté de l'anastomose.

Dr. R. CHABRUT.

OBSERVATION N° II

Mme CHAR... Camille - 59 ans

1959 : Envoyée pour fissure anale en raison de douleur à la défécation, mais ces douleurs sont apparues brusquement, siégeant beaucoup plus haut que l'anus et on ne voit pas de fissure. L'examen montre une tumeur douloureuse perceptible au toucher rectal et au toucher vaginal, dans la partie gauche du cul de sac de Douglas. L'examen radiologique montre un rétrécissement relatif du colon sigmoïde avec intégrité de la muqueuse. On hésite entre une lésion annexielle, telle qu'une torsion des annexes ou d'un hydrosalpinx et une sigmoïdite ou une tumeur du sigmoïde enflammée.

Laparotomie médiane. Relèvement de l'épiploon qui est très gras et très lourd. L'utérus et les annexes sont sains. Dans le fond du cul de sac

de Douglas, on sent une tumeur qui paraît être sur la jonction recto-sigmoïdienne. En essayant de voir ses connexions, on constate une adhérence de cette tumeur avec la face antérieure du rectum. On peut alors constater qu'elle siège bien sur le sigmoïde dans son 1/3 inférieur. On hésite sur la nature de cette tumeur, on rejette l'idée d'un néoplasme pour adopter celle d'une sigmoïdite en raison de l'aspect rouge inflammatoire de la forme allongée sur 8 cm en forme de fuseau. Enfin, sur les données de la radiologie qui avait montré l'intégrité de la muqueuse. On se borne à réintégrer l'intestin et à fermer, rejetant l'idée d'une dérivation ou d'une exérèse dans l'état actuel des lésions.

Dr. R. CHABRUT

Suites satisfaisantes. La malade refuse une nouvelle intervention pour exérèse. Revue en 1962. Guérison clinique complète.

OBSERVATION N° 12

Mme LAU... - 57 ans

21/4/59 - Femme venue pour des troubles urinaires, pollakiurie, pyurie très abondante. L'examen clinique montre une tumeur perceptible en avant de l'utérus. La cystoscopie montre une muqueuse d'aspect tumoral cérébriforme ; l'urographie I.V., des reins de fonctionnement normal mais une image lacunaire sur la calotte vésicale, image confirmée par une cystographie.

2/5/59 - Laparotomie sous-ombilicale : le petit bassin est masqué par la face supérieure du méso-colon sigmoïde. Le palper montre une tumeur sigmoïdienne extrêmement fixée à la vessie, on arrive à la détacher aux ciseaux. On se demande s'il s'agit d'une tumeur sigmoïdienne fixée et propagée à la vessie, ou d'une tumeur de la vessie fixée et propagée au sigmoïde. On ouvre largement la vessie, on y place un écarteur et on constate que la muqueuse est épaissie, un peu infiltrée, mais que l'aspect n'est pas celui d'une tumeur infiltrante de la vessie. On prélève une petite portion de muqueuse pour examen histologique et on ferme la vessie en 2 plans.

On résèque ensuite la portion tumorale du sigmoïde avec un peu de méso, le bout inférieur est fermé en cul de sac, le bout supérieur portant un écraseur est passé dans une boutonnière de la fosse iliaque gauche.

Fermeture de la paroi au catgut chromé. Sonde à demeure.

Pièce : L'ouverture du colon enlevé montre que la muqueuse est intacte. La tumeur est constituée par un épaissement considérable de la paroi musculuse et sous-muqueuse. On trouve de plus, au voisinage de cette induration, l'orifice d'un diverticule s'ouvrant sur la cavité intestinale. Examen histologique du fragment de muqueuse vésicale et de la tumeur colique qui paraît être une sigmoïdite à forme tumorale.

Dr. R. CHABRUT

Histo-diagnostic n° II4.0f8 du 12 mai 1959 (prof. DELARUE)

Tumeur du sigmoïde et fragment de muqueuse vésicale : le fragment sigmoïdien examiné comprend, dans la sous-muqueuse et dans la musculuse, plusieurs foyers inflammatoires suppurés, environnés d'une coupe scléreuse et d'une réaction inflammatoire macrophagique à corps étrangers.

Dans ces abcès, il est possible de retrouver quelques formations glandulaires, témoignant qu'il s'agit là d'une diverticulose suppurée. Aucun élément tumoral n'est observé dans ce fragment.

Le fragment de muqueuse vésicale est occupé lui-même, par d'importantes lésions inflammatoires. L'épithélium vésical, largement desquamé, est remplacé par une ulcération, qui repose sur un socle de sclérose inflammatoire très dense. Ce sont les caractères d'une cystite chronique, sans aucun caractère de spécificité. Aucune formation néoplasique n'est également constatée sur ce dernier fragment.

5/9/59 - Femme ayant subi le 2/5/59, une résection du sigmoïde pour une sigmoïdite tumorale adhérente à la vessie par une opération de HARTMANN.

1 - Libération du bout terminal, fixé à la peau, après l'avoir fermé par une bourse,

2 - Laparotomie sur l'ancienne cicatrice médiane qui sera prolongée obliquement vers le rebord costal gauche , à partir de l'ombilic.

On attire dans l'abdomen l'orifice intestinal disséqué précédemment, et on décolle le méso-colon descendant jusqu'à l'angle splénique exclusivement. On peut facilement amener alors le bout colique jusqu'au cul de sac rectal. Celui-ci est disséqué assez facilement, les deux extrémités colique et rectale sont ouvertes et avivées. Hémostase soigneuse des vaisseaux des tranches intestinales. Suture termino-terminale. Un drain, placé dans la lumière, ressortira par l'anus.

Fermeture des plaies abdominales en plaçant un drain dans le cul de sac de DOULAS.

Dr. R. CHABRUT

Sort le 26/9/59. Suites locales et régionales satisfaisantes.

OBSERVATION N° 13

M. DES...- 78 ans.

20/6/1959. Hospitalisé dans le Service pour des douleurs hypo-gastriques, survenues brutalement le 18 dans la soirée, après le repas. Constipation traitée par un lavement évacuateur.

A son entrée le lendemain soir : douleurs très vives dans le bas-ventre, pas de vomissements, ni nausées, pas d'arrêt des gaz. Il a été à la selle, la veille au soir, et le matin à la suite d'un petit lavement.

Température : 39° - Pouls = 90/Mn - TA = 18/9

Météorisme abdominal - Disparition de la matité pré-hépatique - Abdomen très douloureux, à la palpation, mais sans véritable contracture.

Toucher rectal non douloureux, on ne perçoit rien d'anormal, l'ampoule rectale est vide.

Orifices herniaires non sensibles, le malade urine spontanément d'autre part, des urines claires.

Antécédents = deux hernies inguinales traitées à 30 ans d'intervalle.

A signaler de plus : arythmie extra-systolique, emphysème pulmonaire.

Radiographie de l'abdomen sans préparation = niveaux liquides coliques et croissant gazeux sous-diaphragmatique.

21/6/59 - Laparotomie sous-ombilicale .. Gaz et pus abondants dans l'abdomen.

L'appendice , bien que rouge et recouvert de fausses membranes, ne présente pas plus de lésions que le reste de l'intestin. On finit par trouver, sous l'union du rectum et du sigmoïde, un orifice noir par lequel s'échappent des bulles gazeuses.

Assèchement du péritoine. Un mikulicz est placé dans le bassin, de manière à isoler la perforation, du reste de l'abdomen. Un drain est placé au travers de l'insertion du méso-sigmoïde, à la hauteur de la perforation. Ses deux extrémités sont réunies l'une à l'autre, et nouées sur un rouleau de compresses, de manière à extérioriser l'orifice.

Toute la partie supérieure de l'incision est fermée en un plan aux crins.

Dr. R. CHABRUT

Suites = décès le jour même.

OBSERVATION N° 14

M. PET... - 50 ans

31/7/59 - Admis dans le Service , pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite et médiane. Défense et même contracture de tout l'hypogastre, avec maximum iliaque droit et sus-pubien. Douleurs à la miction; sang dans les selles.

Intervention immédiate : péritonite par perforation d'une sigmoïdite collée à la vessie. Sang et matières dans le ventre, sang dans le colon.

1 mikulicz et une mèche et un drain au contact de la perforation.

Anus iliaque gauche, sur baguette de verre, que l'on ouvre immédiatement par ponction.

Dr. M. SARI.

15/10/59 :

1 - Fermeture provisoire de l'anus iliaque par une suture au Nylercé.

2 - Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'anse sigmoïde partant de l'anus iliaque ,se dirige transversalement vers la partie droite du bassin. Là, elle est très épaissie et très dixée à la paroi pelvienne et à une anse grêle: celle-ci est libérée. L'anse sigmoïde est isolée, de proche en proche de la paroi pelvienne. En un point, on ouvre une petite cavité, remplie de mucus, communiquant avec l'intestin et correspondant certainement à la perforation responsable de la péritonite.

La libération étant faite, on constate qu'il existe assez d'étoffe, au-dessous de la zone sigmoïdienne malade, pour être anastomosée à la partie initiale du sigmoïde, au-dessus de l'anus iliaque. On libère l'intestin de la paroi iliaque gauche, puis on résèque toute l'anse sigmoïde, en sectionnant son méso et en faisant l'hémostase à mesure.

Anastomose termino-terminale à trois plans de suture, plaçant dans la lumière de l'intestin, un drain sortant par l'anus.

Fermeture complète de la plaie médiane au catgut chromé et aux crins, la plaie iliaque gauche est fermée en partie, le reste donnant passage à une mèche et à un drain, la mèche , étant très peu tassée au voisinage de l'anastomose.

Pièce : La partie initiale du sigmoïde est normale, au contraire, la fin est épaissie et traversée par un orifice de 5 mm. de diamètre où la muqueuse vient s'engager et se perdre dans un tissu inflammatoire, sectionné, lors de la libération de la paroi pelvienne. Il semble s'agir d'un diverticule perforé. Cette portion est envoyée à l'examen histologique, avec un crin passant dans la perforation, pour la repérer.

Dr. R. CHABRUT

Histo-diagnostic n° II9.156 du 24/10/59 (Pr. DELARUE)

Diverticule sigmoïdien : les deux prélèvements effectués permettent de constater dans l'épaisseur de la paroi colique, ainsi que dans le méso, une formation diverticulaire, partiellement remplie d'exsudats purulents et de concrétions stercorales. Ce diverticule est bordé, en partie, par une muqueuse Lieberkühnienne normale. Il est entouré d'une réaction inflammatoire sclérogène assez diffuse, qui densifie le méso adjacent. Par ailleurs, aucune anomalie importante, ne s'observe au niveau de la muqueuse du segment colique, auquel est appendu ce diverticule.

Ce sont les caractères d'un diverticule sigmoïdien suppuré, avec péri-diverticulite. Aucun signe de tumeur maligne n'est observé.

Suites locales absolument normales, reprise du transit

Etat général satisfaisant, malgré l'insuffisance cardiaque pour laquelle le malade est traité depuis de nombreuses années

OBSERVATION N° 15

M. VIEG-ROD... - 66 ans

Le 21/12/59 hospitalisé pour une rétention chronique d'urines fébrile, précédée depuis quelques jours, de pollakiurie nocturne et diurne, sans dysurie.

Toucher rectal : prostate sensiblement normale avec un sillon médian. Le reste de l'examen clinique est négatif.

Urée sanguine = 0,28 gr/l. Numération-formule = leucocytose discrète (7.200) avec réaction granulocytaire moyenne.

Examen cyto-bactériologique des urines, urines jaunes clair, contenant un léger dépôt, légèrement albuminuriques, contenant de nombreuses hématies. Culture = présence de B.Paracolon aéro-bacter et de Protéus, ainsi que de nombreux entérocoques.

Le 30/12/59 : Urétro-cystoscopie . Lobes prostatiques modérément augmentés de volume , le gauche paraissant plus volumineux.

Dr. M. SARI

Urographie : Pas d'image caractéristique, en particulier, pas d'empreinte prostatique sur le cliché de la vessie .

Le 31/12/59 - Phénomènes de sub-occlusion : mise en aspiration.

Les signes occlusifs persistent, malgré l'aspiration, la température oscille entre 38,5 et 39°

Le 7/1/60 : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Fausses membranes dans le douglas, avec anse grêle , dont une partie est collée contre la vessie, et l'autre contre le sigmoïde. Au niveau de l'adhérence vésicale, il y a une plaie en entonnoir, qui fait craindre une perforation vésicale. On introduit par une cystostomie sus pubienne, un doigt dans la vessie, qui montre que celle-ci est normale ; on place une sonde de PEZZER dans l'orifice de cystostomie. Dans le fond du Douglas, sous les adhérences, on trouve une perforation du haut rectum, sur laquelle, on met un point en X. Un Mickulicz est mis au contact, avec une mèche et un drain.

Contre-incision iliaque gauche et anus sur le sigmoïde sur baguette de verre. Suture du péritoïne et de la paroi, en deux plans aux fils d'acier. Crins sur la peau.

Dr. M. SARI.

24/3/60 - Rétablissement de la continuité, après ablation de l'anus contre-nature.

Suture en deux plans au lin. Péritonisation. Fermeture aux crins en 8. U. Une lame de caoutchouc est laissée au contact de la suture.

Dr. M. SARI

27/4/60 - sort du Service, après des suites locales et générales satisfaisantes.

OBSERVATIONS N° 16

M. AUB... 80 ans

Le 23/2/60 : malade venant pour prolapsus d'un anus iliaque fait en 1941.

A cette date, apparition de coliques violentes avec péristaltisme avec antécédents lointains de douleurs dans la fosse iliaque gauche. Une radiographie datant de cinq ans, montrait un obstacle sur le colon sigmoïde. On fait le diagnostic d'occlusion par cancer. La laparotomie montre une tumeur à la jonction recto-sigmoïdienne. Anus iliaque gauche. Deux mois après, exérèse d'une tumeur colique recto-sigmoïdienne, et d'une portion de vessie, intimement adhérente (Dr. HARTMANN).

L'examen de la tumeur montre qu'elle ne comporte pas d'ulcération de la muqueuse. L'aspect tumoral est dû à l'épaississement et à l'induration des autres tuniques de l'intestin. L'examen histologique découvre des lésions nodulaires avec nombreuses cellules géantes et infiltrats leucocytaires (lymphocytaires) et, conclut à une tuberculose (Dr. FEYEL).

Le malade guérit, mais est atteint dix ans plus tard de pleurésie droite. Son fils a une coxalgie.

Le 23/2/60 le malade ayant refusé de courir le risque d'un rétablissement de la continuité colique, on pratique une cure du prolapsus. Le bout supérieur fait une saillie de 10 cm, formant un prolapsus à deux cylindres, qui a été récemment étranglé et réduit avec difficulté. Résection du prolapsus et suture circulaire des deux cylindres l'un à l'autre. Sur le bout inférieur, un peu trop saillant, on fait seulement quelques rais au bistouri électrique en coagulation.

Dr. R. CHABRUT

OBSERVATION N° 17

Mme COL... - 75 ans

Le 8/3/60 : malade ayant subi une hystérectomie sub-totale il y a 23 ans pour fibrome et ayant eu dans les suites immédiates, deux phlébites.

Depuis, elle porte un pessaire, insuffisant à contenir un prolapsus important.

Depuis huit mois, apparition d'hémorroïdes et de troubles de la défécation.

Examen : toucher rectal =après réduction facile du volumineux prolapsus rectal, on sent une tumeur molle , presque circulaire , débordant dans le rectum.

Le reste de l'examen est négatif , si l'on excepte, une tachycardie modérée, avec de nombreuses extra-systoles.

Le 17/3/60 Laparotomie sous-ombilicale, sur une ancienne cicatrice d'hystérectomie.

Le colon pelvien est très long à sa jonction avec le rectum il est augmenté de volume, oedématié et présente une tumeur au palper, avec sensation d'une dépression centrale. Pas de ganglion dans le méso, ni devant le promontoire.

On décide d'enlever cette tumeur : résection segmentaire sur 20 cm., passant au-dessus et au-dessous, à égale distance. Reconstitution de la continuité, immédiate, par suture en deux plans au fil de lin, entre le sigmoïde et le rectum à la hauteur du fond du cul de sac de Douglas. Péritonisation par dessus, grâce au péritoine vésical, laissant passer un drain placé dans le décollement rétro-rectal. Fermeture de la paroi au catgut chromé et aux crins. Un gros fil de Nylone, passé dans le cul de sac postérieur du vagin, amarre celui-ci à la paroi, pour retendre la paroi postérieure du vagin prolapsé.

Pièce : A l'ouverture, montre deux dépressions : l'une paraît être un diverticule, l'autre, beaucoup plus profonde, est entourée d'une zone épaissie et oedémateuse et, peut être aussi un diverticule en voie de perforation.

Dr. R. CHABRUT

Histo-diagnostic n° I24.598 du 26/3/60 (Pr. DELARUE)

Jonction recto-sigmoïdienne : les coupes de ce segment de paroi colique, montrent qu'il est bordé par une muqueuse un peu hyperplasique, mais formée de glandes strictement normale. Cette muqueuse s'évagine au centre

du fragment étudié, pour former un large diverticule, qui dépasse les limites de la musculuse et se trouve enchassé dans le méso. Ce diverticule est comblé de nappes purulentes et de débris stercoraux. Il est environné d'une énorme réaction inflammatoire de type subaigue, qui intéresse tant la paroi, que le méso voisin. Une veine thrombosée est observée, dans celui-ci, au contact de la suppuration.

Il s'agit d'un diverticule suppuré du côlon. Aucun signe de tumeur maligne n'est observé.

Sort le 5/4/60 après des suites satisfaisantes.

OBSERVATION N° 19

M. MEN... - 53 ans

Le 14/3/62 . Malade entré pour syndrome abdominal aigu, avec contractura à maximum droit. Antécédents assez récents de douleurs abdominales basses, avec constipation et ballonnement.

1 - Incision iliaque droite = issue de liquide purulent, appendice d'aspect sain, ablation.

2 - Incision médiane sus -ombilicale, aggrandie au-dessous de l'ombilic.

Rien à la vésicule. Rien à l'estomac. L'exploration montre l'existence d'une masse sigmoïdienne dure, recouverte de fausses membranes, avec une zone de sphacèle. Il semble s'agir d'une sigmoïdite aiguë, avec présence de diverticules. Un drain est mis au contact, ressortant par l'incision iliaque droite.

Anus iliaque gauche, au-dessus de la tumeur, sur baguette de verre.

Fermeture en trois plans, au catgut chromé n°3 et crins totaux.

Dr. YOH

Le 14/4/62 : Colectomie segmentaire : Laparotomie médiane sous-ombilicale
Libération du colon sigmoïde, couvert par quelques adhérences d'anses
grêles, lui-même adhérent à la vessie.

Colectomie segmentaire, emportant toute la zone diverticulaire
depuis la jonction recto-sigmoïdienne; jusqu'au milieu du côlon gauche
à 10 cm. de l'anus iliaque gauche.

L'étoffe du côlon gauche s'avère suffisante, pour permettre une
anastomose. Celle-ci est faite en deux plans, recto-colique, au lin
huilé, sans avoir besoin de mobiliser la colostomie.

Un drain au contact. Parois en trois plans au Tergal. Agrafes
sur la peau.

DR. SARI

OBSERVATION N° 20

Mme CRE... 78 ans

Le 8 mars 1962 : hospitalisée dans le service pour bilan intestinal.
Après un épisode de congestion pulmonaire fébrile de la base gauche,
stabilisé, recrudescence fébrile et apparition de douleurs du flanc
gauche avec irradiations lombaires et pelviennes. Continues et renforcées
à type de coliques, elles s'accompagnent de troubles de l'évacuation intestina-
le : diarrhées, phénomènes sub-occlusifs, sans vomissements. Aucun
antécédent digestif notable, hormis une constipation assez ancienne, traitée
par les laxatifs habituels. Par ailleurs, insuffisance cardiaque, avec
arythmie.

A l'entrée, malade fébrile (température à 40°), se plaignant
de douleurs de la fosse iliaque gauche et de dysurie avec pollakiurie
importante.

A l'examen clinique : fosse iliaque gauche sensible, les touchers pelviens ne montrent rien.

Radiographie : abdomen sans préparation = aéro-colie de l'angle gauche. Lavement baryté : difficile à interpréter : car, la malade a ingéré des quantités appréciables de Bismuth les jours précédents. Cependant, on relève la présence de diverticules sur le sigmoïde.

Examen cyto-bactériologique des urines = pyurie et hématurie et présence de B.E. coli et d'entérocoques à la culture.

Numération - formule = leucocytose (12.400) avec polynucléose anémie légère.

Urée sanguine = 0,25 gr/l

Bilan hépatique légèrement perturbé, notamment dans les épreuves de floculation.

Ionogramme et protidogramme = normaux

Radiographie pulmonaire = grisaille de la base gauche

Examen des selles = absence de parasite; absence de bacilles de la série typhique.

Le 13 mars 1962 : crise douloureuse de la fosse iliaque gauche. Perception d'un boudin iliaque gauche très sensible. La dysurie et la pollakiurie s'accroissent et s'accompagnent de ténésme vésical.

Le 9 avril 1962 : majoration des troubles urinaires et surtout du ténésme. Apparition de pneumaturie. L'examen des urines montre une fécalurie macroscopiquement évidente.

Le 12/4/62 colostomie iliaque gauche sur baguette de verre pour fistule vésico-sigmoïdienne.

Dr. M. SARI

Actuellement malade encore hospitalisée (le 2 mai l'état général considérablement amélioré. Le traitement médical est continué. Les signes urinaires ont complètement disparu. Une colectomie est envisagée avec rétablissement de la continuité.

OBSERVATION N° 21

M. FLI... (observation personnelle du Docteur R. CHABRUT)

Il s'agit d'un malade qui avait été colostomisé 15 ans auparavant. le chirurgien qui l'avait opéré avait cru à un cancer du sigmoïde, jugé inextirpable.

Pendant dix ans, le malade va bien, puis, il commence à souffrir de cystite avec pneumaturie.

Un examen montre le rectum distendu par une énorme masse, qui est un fécalome gigantesque, de couleur mastic, de consistance aussi de mastic durci. Cette masse est extirpée sous anesthésie, après dilatation anale. La cystite a été guérie, au moins pour un temps, la pneumaturie a persisté.

L'intérêt de cette observation, est de montrer qu'une colostomie n'a pas guéri la fistule colo-vésicale. Celle-ci paraissait d'ailleurs à soupape : un lavement coloré passait dans la vessie, l'inverse ne se produisait pas.

Le malade âgé a refusé une réintervention pour résection.

CONCLUSIONS

Vingt observations, relevées depuis une dizaine d'années dans le service du Docteur CHABRUT à l'Hôpital de JUVISY, nous ont permis de retracer les formes anatomo-cliniques des sigmoïdites compliquées, de les illustrer pratiquement toutes, et de rappeler leur traitement.

Nous avons vu que leurs caractères sont fréquemment trompeurs, leur diagnostic restant, encore bien souvent, un diagnostic d'élimination.

La prédominance des formes tumorales apparaît certaine. Leur survenue à l'âge classique du cancer, la coexistence possible, posent un problème toujours actuel et laissant encore une place aux "surprises chirurgicales" qui rendent favorable, un pronostic estimé d'abord sombre.

Les péritonites, quoique moins fréquentes, sont parmi les plus graves. Aberrantes le plus souvent, car on ne pense pas à évoquer leur véritable étiologie, elles revêtent tous les aspects : depuis la dramatique perforation en péritoine libre, jusqu'aux abcès péri-sigmoïdiens, en passant par les perforations couvertes.

Les fistules et surtout les vésico-sigmoïdiennes, posent non seulement les mêmes problèmes que les pseudo-tumeurs, mais peuvent orienter, à tort, vers des affections urinaires.

Quant aux hémorragies, dont nous n'avons pu présenter aucune observation, elles sont rares et ne sont que très rarement inquiétantes, en dehors de toute association.

Le traitement de toutes ces complications, vise à supprimer radicalement la cause : la colectomie partielle, semble le procédé indispensable, suffisant dans tous les cas.

L'idéal est, certes, de la faire en un temps, mais la colostomie préalable conserve de nombreuses indications : outre les cas d'urgence, où elle réalise le geste le plus efficace, à moindres frais, elle permet d'attendre les conditions locales et générales les plus favorables, pour pratiquer une exérèse.

Dans le même esprit, la résection en deux temps, avec anus contre-nature, ne semble pas devoir être abandonnée complètement, les conditions anatomiques et pathologiques, rendant difficile, parfois, l'anastomose immédiate et laissant des doutes sur sa solidité.

Le rétablissement de la continuité, pratiquement toujours possible, sera effectué à distance de l'accident.

Nous pensons que les indications chirurgicales doivent se limiter aux complications, et, qu'il n'y a pas de place pour la chirurgie prophylactique, dans les sigmoïdites : les deux guérisons de tumeurs inflammatoires, laissées en place, sans dérivation, tendent à nous confirmer dans cette impression.

Enfin, l'origine diverticulaire des sigmoïdites étant la règle, une meilleure connaissance des diverticuloses coliques et de leur traitement médical, permettra, certainement, d'éviter nombre de ces complications et d'évoquer leur véritable étiologie.

Vu, le Président de Thèse :

M. POILLEUX

Vu, le Doyen de la Faculté :

M. L. BINET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

ARNOUS J.L.- Les sigmoïdites et péricolites de l'adulte.-

Thèse Paris, 1939, n° 394, 187 pages.

BACON H.E. et SHERMAN L.F.- Le traitement de la diverticulite du sigmoïde.

Am. J. Surg. Juil. 1950, 80, n° 1, 3-10 (bibliogr.)

BACON H.E. et VALLENTE M.A. - Le traitement chirurgical de la diverticulite

Am. J. Surg. fév. 1956, 91, n° 2, 178-183 (bibliogr.)

BAUMEL J. et ANDREANI J. (V. Sociétés de Gastro-entérol. du Sud-Ouest

1446 -1450)

BERTRAND P., GIRARD M., AUPECELE, DALMAIS J. et GUILLAUD J.P.- Sigmoïdite

diverticulaire et cancer associés. A propos de 9 observations

Arch. Mal. App. dig. av. 1955, 44, n° 4, 497-509.

BERTRAND P., GIRARD M., AUPECELE, DALMAIS J. et GUILLAUD J.P.- Sigmoïdite

diverticulaire et cancer associés. A propos de 9 observations

J. Med. Léyon, 5 nov. 1955, 36, n° 860, 759-769.

BERTRAND P., FRANCILLON J. et DEVAUX J.P.- A propos du traitement chirurgical des

sigmoïdites - Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris), mai 1956,

32, n°5, 327-334 (bibliogr.)

- BEST R. - Le traitement des fistules iléo-sigmoïdales au cours des diverticulites.- Surgery, juil. 1948, 24, n° I, 30-34. (bibliogr.)
- BIZARD G. et PARIS J. - Rétrécissement sigmoïdien par sclérolipomatose tuberculeuse.-Arch. Mal. App. dig. Sept-Oct. 1950, 39, n° 9-10, 1036-1039.
- BLANCHARD - Les sigmoïdites perforées - Thèse médecine Paris 1958, n° 984.
- BONORINO UDAONDO et ALOTTO V. (D') - Sigmoïdite diverticulaire. Ses rapports avec le cancer - Prensa med. argent. 1er sept. 1950, 37, n° 35, 2023-2027 (bibliogr.)
- BUSSON A. et MORIN G. - Les diverticulites aiguës du sigmoïde et du colon gauche - Presse Med. 25 déc. 1955, 63, n° 86, 1852-1854.
- CARCASSONNE F. (V. Sociétés de Gastro-Entérol. du Sud-Ouest, 1444-1446).
- CHAILLOT J. - Fistules vésico-sigmoïdiennes dans la diverticulose - Thèse Bordeaux 1960 n° 251
- CHAUSSADE X. - Les tumeurs non cancéreuses du sigmoïdes (Thèse Paris 1954 n° 102)
- CHOMETON M. - Les perforations de l'anse sigmoïde en péritoine libre. Thèse Toulouse, juil. 1947, n° 55, 48 pages
- DECOULX, PARIS J., WEMEAU L. et BONTE G.- Tuberculose du sigmoïde fistulisée dans la vessie.-Archi. Mal. App. Dig. Janv. 1955, 44, N° I, 110-115 (Bibliogr)
- DELORD P.- Sigmoïdite diverticulaire prise pour un cancer. Difficulté de la décision thérapeutique.-Arch. Mal. App. Dig. Janv. 1954, 43, n° I, 75-80.

DELOUCHE G. - Sigmoidé perforée avec péritonite généralisée.- Mém. Acad.
Chir. 13-20 oct. 1948, 74, N° 25-26 , 618-619

DETRIE P.- Les perforations en péritoine libre des sigmoïdes- Presse Med. 5
oct.1955, 63, n° 64, 1309-1310 (bibliogr.)

DEVAUX J.P.- Contribution à l'étude des sigmoïdites , 1956, Thèse Lyon
n° 102.

GIRAUD et VERGER - Sigmoidite à forme tumorale - Bordeaux Chir. av. 1954,
n° 2 , 75-78.

GOATCHER P.- La perforation du sigmoïde - Brit. J. Surg. nov. 1953, 41, n°167
286-289 (bibliogr.)

GODINAUD - Abscess péricoliques péri-sigmoïdiens par diverticulite et diverti-
culose (Thèse Bordeaux 1957, n° 218)

GODIN J.P. - Les fistule sigmoïde-vésicales par diverticulose du sigmoïde
(Thèse Paris 1957, n° 984)

GUILLAUD J.P. - Sigmoidite diverticulaire et cancer associés.- Thèse Lyon,
18 fév. 1955, N° 91, 72 pages

HOLSTENKAMP A. - Contribution à l'étude des sigmoïdites perforées - Thèse
Paris 1961, n° 735.

HYMAN L.J. et FREEDLANDER S.O. - Le traitement chirurgical de la perforation
aiguë (subite) du diverticule du sigmoïde. - Am. J. Surg.
Sept- 1951, 82, n° 3, 349-353 (bibliogr.)

JUDD E.S. Jr.- Résection prophylactique pour diverticulite sigmoïdienne
récidivante - Surg. Gyn. Obst., Juil. 1955, 101, n° 1,
105-106.

- JUDD E.S. Jr et MEARS T.W. - La diverticulite -Arch. Surg., juin 1955, 70
N° 6, 818-825 (bibliogr.)
- LATAIX P.- Deux cas de perforation spontanée du côlon sigmoïde en péritoine
libre.-Sem. Hôp. Paris, 18 juil. 1949, 25, n° 53, 2279-2281.
- LENGGENHAGER K - Le traitement de la sigmoïdite diverticulaire. Schweiz.
Med. Wschr. , 21 juin 1952, 82, N° 25, 657-658.
- LENHART C.G. et FLEMING J.P. - Traitement chirurgical de la diverticule
du sigmoïde.-J. Internat. Coll. Surgeons, fév. 1953, 19,
N° 2, 135-145.
- LEPERE J. - Sigmoïdites diverticulaires : un traitement chirurgical -
Thèse Paris 1955, n° 605
- LEWIS J.E. et HURWITZ A. - Traitement chirurgical de la diverticulite du
sigmoïde - Surgery av. 1953, 33, N°4 , 481-494 (Bibliogr.)
- LOYGUE J. et SARRAZIN A.- Les indications chirurgicales au cours des diverti-
culoses sigmoïdiennes.-Arch. Mal. App. Dig., mars 1956,
45, n° 3 , 278-293.
- MARCHAIS J.P. - Etude clinique de six cas de sigmoïdite hémorragique
d'origine diverticulaire - Thèse Paris , Mars 1953, 73 pages
- MATHIEU J., DUMONT M. et GABRIEL H.- Sigmoïdite gangréneuse à l'occasion
d'un accouchement- Gynec. Obst. 1953, 5, n°4, 479.
- MAYFIELD L. et WAUGH J. - Fistules sigmoïde - Ann. Surg., févr. 1949, 129,
n° 2, 198-206 (Bibliogr.)
- MOORE R. M. et KIRKSEY O.T. Jr.- La résection en un temps, dans des cas
sélectionnés de diverticulite du sigmoïde - Ann. Surg.,
Ann. Surg. Juin 1954, 139, n°6, 826-832 (bibliogr.)

MORAND - Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des sigmoïdes compliquées - Thèse Paris 1959, n° 586)

MORTON J.J.- Diverticule et cancer du sigmoïde - Surgery, nov. 1952, 32, n° 5, 765-783 (Bibliogr.).

MULLER B., HEITZ G., REGENT M. et ROUVES L. - Diverticulose colique diffuse avec tumeur sténosante du sigmoïde, colectomie totale.- Arch. Mal. App. Dig., Av. 1951, 40, n° 4, 513-516.

PASCHETTA V. (V. Sociétés de Gastro-entérol. du Sud-Ouest, 1403-1408)

PEMBERTON J.D., BLACK B.M. et MAINO C.R. - Progrès dans le traitement chirurgical de la diverticulite du sigmoïde - Surg. Gyn. Obst. Oct. 1947, 85, n° 4, 523-534 (Bibliogr.)

PRAT L., PRAT P.P. et PASCHETTA V. - Les diverticules du colon iléo-pelvien Masson, édit. Paris 1942

PRAT P.P. (V. Sociétés de Gastro-Entérol. du Sud-Ouest, 1440-1443)

PUYO VILLAFANE E. - Péri-diverticulite sigmoïdienne - Prensa méd. argent. 5 mai 1950, 37, n° 18, 929-934 (Bibliogr.)

ROUX et RAPP (V. Sociétés de Gastro-Entérol. du Sud-Ouest, 1426-1437)

SABATIER P.- Contribution à l'étude des complications péritonéales des sigmoïdes (Toulouse - Thèse 1961, n° 2)

SCHNALL M.D., PHANEUF L.E. et CONWAY J.F. - Diverticulite aiguë du sigmoïde dans la grossesse - Am. J. Obst. Gyn. Nov. 1945, 50, 558-559 (bibliogr.)

SENEQUE J. et CREPY C. - Aspects chirurgicaux des sigmoïdites - J. Chir.,
Nov. 1950, 66, n° II, 725-745 (Bibliogr.)

SHAIKEN J. - Diverticulite et cancer du colon sigmoïde - Gastro-entérology
Juil. 1954, 27, n° I, 67-74 (Bibliogr.)

Sociétés de Gastro-Entérologie du Sud-Ouest et du Littoral méditerranéen :
Réunion commune consacrée aux diverticulites coliques,
Montpellier, 26-27 mai 1951, in Arch. Mal. App. Dig. Déc.
1951, 40, n° 12, 1387-1457.

ZUNINO A.F. - Les sigmoïdites chirurgicales - Indications thérapeutiques
257 pages - Thèse Marseille, 1959 - dactyl-

R A P P O R T S

VAGUE J. - Etiologie et pathogénie des diverticules coliques - 1387-1398
(Bibliogr.)

DUBOURG E. - La diverticulose colique - Formes médicales. Clinique et
thérapeutique - 1398-1403.

PASCHETTA V. - Les diverticules du colon . Etiologie, morphologie et technique
radiologique - 1403-1408.

MARQUES P., PONS H. et PHILIPPE - Deuxième rapport radiologique sur la di-
verticulose des colons . Diagnostic différentiel
1409-1418

GOUZI J. - Les diverticules coliques . Aspects chirurgicaux - 1418-1425.

ROUX et RAPP - Le traitement chirurgical des diverticules du colon iléo-
pelvien - 1426-1437 (bibliogr.)

COMMUNICATIONS

DUBARRY J. et DUBARRY E. - Diverticuloses coliques, cancers et faux cancers
(à propos de 5 observations) - I437 - I440.

PRAT P.P. - Le traitement chirurgical des diverticulites sigmoïdiennes -
I440-I443 (Bibliogr.)

VERNEJOUL R. (De) - Diverticulite pseudo-néoplasique du sigmoïde perforée
dans la vessie - I9443-I4444.

CARCASSONNE F. - Accidents chirurgicaux en rapport avec les diverticules
sigmoïdiens - I444-I446.

BAUMEL J. et ANDRENANI J. - Mégadiverticules digestifs - I446-I450

FASSIO E. - Diverticulose colique et entérorragie chez un artério-scléreux
porteur de maladie de Hodgson - I450-I451.

GONDARD L.- Considérations sur 42 cas de diverticuloses du colon - I951-I455

VAGUE J. - Néoplasme végétant et sténosant du sigmoïde. Nombreux diverticules
associés - I456-I457

VAGUE J. (V. Sociétés de Gastro-Entérol.) du sud-Ouest, I387-I398, I456-I457)

VERNEJOUL R. (De) (V. Sociétés de Gastro-Entérol. du Sud Ouest, I443-I444)

WELCH C.E. ALLEN A.W. et DONALDSON G.A.- La résection du colon pour diverti-
culite du sigmoïde - Ann. Surg. sept. 1953, I38, n° 3,
332-343 (Bibliogr).

WEST JP.- Traitement chirurgical de la diverticulite du colon sigmoïde - New-
York State J.Med. 1er févr. 1952, 52, n°3, 329-332 (bibliogr).



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •
Téléphone : ODEon 58-94